METODOLOGÍA ENFERMERA. LENGUAJES ESTANDARIZADOS

RAMÓN DEL GALLEGO LASTRA, MARÍA ANTONIA LÓPEZ ROMERO,
FRANCISCO JAVIER PÉREZ RIVAS, JORGE DIZ GÓMEZ

SEGUNDA EDICIÓN

EDITORES

RAMÓN DEL GALLEGO LASTRA

MARÍA ANTONIA LÓPEZ ROMERO

FRANCISCO JAVIER PÉREZ RIVAS

JORGE DIZ GÓMEZ

AUTORES

CONSUELO ÁLVAREZ PLAZA

Profesora Titular de Universidad (actualmente Honorífica). Departamento de Antropología Social, Psicología Social. Facultad de Ciencias Políticas y Sociología. Universidad Complutense de Madrid.

FRANCISCO JAVIER CASTRO MOLINA

Profesor de la Escuela de Enfermería Nuestra Señora de Candelaria. Universidad de La Laguna.

JORGE DIZ GÓMEZ

Profesor Titular de Universidad (jubilado). Departamento de Enfermería. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid.

RAMÓN DEL GALLEGO LASTRA

Profesor Titular de Universidad. Departamento de Enfermería. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid.

JESÚS MANUEL GARCÍA ACOSTA

Profesor de la Escuela de Enfermería Nuestra Señora de Candelaria. Universidad de La Laguna.

MARÍA ANTONIA LÓPEZ ROMERO

Profesora Asociada (jubilada). Departamento de Enfermería. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid.

FELISA VANESSA MARTÍN CASAÑAS

Profesora de la Escuela de Enfermería Nuestra Señora de Candelaria. Universidad de La Laguna.

ANTONIO MORENO PIMENTEL

Profesor Asociado. Departamento de Enfermería. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid.

FRANCISCO JAVIER PÉREZ RIVAS

Profesor Contratado Doctor. Departamento de Enfermería. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid.

FERNANDO ROYO MORENO

Profesor Asociado. Departamento de Enfermería. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid.

JESÚS SANCHO CENTENO

Enfermero del Servicio Madrileño de Salud. Especialista en Enfermería Pediátrica y en Enfermería Familiar y Comunitaria.

Segunda edición en diciembre de 2023

ISBN: 978-84-09-57698-2

Metodología enfermera. Lenguajes estandarizados © 2023 by Ramón del Gallego Lastra is licensed under Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International. To view a copy of this license, visit http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/

ÍNDICE DE CONTENIDOS

ÍNDICE DE TABLAS 16
ÍNDICE DE FIGURAS 17
PRÓLOGO 18
I – EL JUICIO CLÍNICO ENFERMERO: TEORÍA Y MÉTODO 20
1 Introducción 20
2 Breve historia de la metodología enfermera 22
3 Concepto y fases del proceso de enfermería 23
4 La metodología enfermera y la ciencia enfermera 25
II – PENSAMIENTO CRÍTICO 28
1 Introducción 28
2 Formas de pensar y resolución de problemas 28
3 Características del pensamiento crítico 29
4 Estándares intelectuales universales 30
5 Elementos del pensamiento crítico 31
6 Pensamiento crítico en Enfermería 32
7 Desarrollo de habilidades de pensamiento crítico 32
7.1 Diario reflexivo 33
7.2 Mapas conceptuales 33
7.3 Lectura crítica 33
7.4 Reuniones con colegas (sesiones clínicas / sesiones de trabajo) 33
8 Conclusión 33
III – VALORACIÓN ENFERMERA 35
1 Introducción 35
2 Fases de la valoración de enfermería 35
2.1 Obtención de datos 36
2.1.1 Valoración clínica 36
2.2 Organización de los datos: patrones funcionales de salud 37
2.3 Validación de datos 37
2.4 Registro de los datos 37
2.4.1 Contenido de la historia clínica 38
2.4.2 Contenido del informe de cuidados de enfermería 38
2.4.3 Uso de la historia clínica 39
2.4.4 Confidencialidad de la información 39
3 Técnicas de valoración del paciente 40
3.1 Entrevista clínica 40
3.1.1 Factores que afectan a la entrevista 41
3.1.2 Fases de la entrevista 41

3.2 Exploración física ... 43
3.2.1 Inspección ... 43
3.2.2 Palpación ... 43
3.2.3 Percusión ... 44
3.2.4 Auscultación ... 44
4 Valoración de Signos Vitales ... 44
4.1 Temperatura ... 44
4.1.1 Tipos de termómetro ... 45
4.1.2 Técnica de medición de la temperatura ... 45
4.2 Respiraciones ... 45
4.2.1 Medición de la frecuencia respiratoria ... 45
4.3 Pulso arterial ... 46
4.3.1 Medición del pulso arterial ... 46
4.3.2 Características del pulso. Valores normales ... 47
4.4 Tensión arterial ... 47
4.4.1 Medición de la tensión arterial ... 47
5 Modelos de valoración del paciente ... 49
5.1 Introducción ... 49
5.2 Modelo de las Necesidades Fundamentales de Virginia Henderson ... 51
5.3 Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon ... 52
5.3.1 Salud y disfuncionalidad ... 55
IV – DIAGNÓSTICO ENFERMERO ... 57
1 Introducción ... 57
2 Concepto y evolución del diagnóstico enfermero ... 58
3 Diferencias entre el diagnóstico enfermero y el diagnóstico médico ... 60
4 Diagnóstico enfermero y otros problemas de salud ... 61
4.1 Diagnóstico médico ... 61
4.2 Problemas interdisciplinarios o de colaboración ... 61
4.3 Diagnóstico enfermero ... 62
5 Clasificación de los diagnósticos NANDA ... 63
5.1 Componentes de un diagnóstico enfermero ... 64
5.1.1 Etiqueta diagnóstica: ... 64
5.1.2 Definición: ... 64
5.1.3 Características definitorias: ... 64
5.1.4 Factores de riesgo: ... 64
5.1.5 Factores relacionados: ... 64
5.1.6 Población de riesgo ... 65
5.1.7 Condiciones asociadas ... 65

5.2 Tipos de diagnósticos enfermeros ... 65
5.2.1 Diagnóstico focalizado en el problema ... 65
5.2.2 Diagnóstico de promoción de la salud ... 65
5.2.3 Diagnóstico de riesgo ... 66
5.2.4 Síndrome ... 66
6 Enunciado del diagnóstico de enfermería ... 66
6.1 Enunciado de tres partes ... 66
6.2 Enunciado de dos partes ... 67
6.3 Enunciado de una parte ... 67
7 Manejo de los diagnósticos de enfermería ... 67
8 Precisión diagnóstica ... 69
8.1 Precisión del constructo diagnóstico ... 69
8.2 Precisión del juicio diagnóstico ... 70
9 Errores más frecuentes en la elaboración del juicio diagnóstico ... 71
V – PLANIFICACIÓN ENFERMERA ... 73
1 Introducción ... 73
2 Jerarquización de problemas ... 74
3 Objetivos ... 75
3.1 Tipos de objetivos ... 75
3.2 Formulación de objetivos ... 76
3.2.1 Clasificación de resultados de enfermería (NOC) ... 77
4 Elaboración del plan de cuidados de enfermería ... 79
4.1.1 Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) ... 80
VI – EJECUCIÓN ... 84
1 Introducción ... 84
2 Delegación de actividades ... 85
VII – EVALUACIÓN ... 86
1 Introducción ... 86
VIII – METODOLOGÍA ENFERMERA Y LENGUAJE PROFESIONAL ... 88
1 Introducción ... 88
2 Lenguajes enfermeros estandarizados ... 89
2.1 Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (CIPE) (International Classification Nursing Practice ICNP®) ... 90
2.1.1 Descripción de los Ejes ... 91
2.1.2 Directrices para componer un diagnóstico o resultado de Enfermería CIPE ... 92
2.1.3 Directrices para componer una Intervención de Enfermería CIPE ... 92
2.1.4 Resultados de Enfermería CIPE ... 93
3 Herramientas para el razonamiento clínico ... 94
3.1 Redes de Razonamiento Clínico ... 95

3.2 Modelo AREA (Modelo de Análisis de Resultados del Estado Actual) 96
IX – VALORACIÓN PATRÓN 1. PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD 99
1 Introducción 99
1.1 Multidimensionalidad de la salud y la enfermedad 99
1.2 Experiencia de enfermar 100
1.3 Manejo de la salud 100
1.4 Seguridad del paciente 101
1.4.1 Conceptos básicos sobre la infección 101
2 Valoración de la percepción-manejo de la salud 101
2.1 Entrevista 101
2.1.1 Valoración individual 102
2.1.2 Valoración familiar 102
2.1.3 Valoración comunitaria 103
X - PROBLEMAS DEL PATRÓN 1: PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD 104
1 Introducción 104
2 Diagnósticos relacionados con el manejo de la salud 104
2.1 Conductas inficaces de mantenimiento de la salud 104
2.2 Autogestión ineficaz de la salud 106
2.3 Diagnóstico diferencial: Conductas ineficaces de mantenimiento de la salud vs. autogestión ineficaz de la salud 107
2.4 Disposición para mejorar la autogestión de la salud 108
3 Diagnóstico relacionado con la seguridad 109
3.1 Riesgo de infección 110
XI - VALORACIÓN DEL PATRÓN 2: NUTRICIONAL - METABÓLICO 113
1 Introducción 113
2 Nutrición 113
2.1 Conceptos básicos sobre nutrición 113
2.1.1 Macronutrientes 114
2.1.2 Micronutrientes 115
2.2 Dieta equilibrada 115
2.2.1 Pirámide de alimentación saludable 116
2.2.2 Plato de Harvard 116
2.2.3 Dieta Mediterránea 117
2.3 Valoración del estado nutricional 118
2.3.1 Entrevista clínica 118
2.3.2 Exploración física. Antropometría 119
2.4 Alteraciones del estado nutricional 122
2.4.1 Trastornos del peso y volumen corporal 122
2.4.2 Trastornos del apetito 123

2.4.3 Disfagia ... 124
2.4.4 Vómitos ... 126
2.4.5 Dispepsia ... 127
3 Piel, mucosas y anejos cutáneos ... 128
3.1 Piel ... 128
3.1.1 Estructura y función de la piel ... 128
3.1.2 Valoración de la piel ... 128
3.2 Mucosas ... 133
3.2.1 Valoración de la mucosa oral ... 133
3.3 Pelo ... 134
3.3.1 Valoración del pelo ... 134
3.4 Uñas ... 134
3.4.1 Valoración de las uñas ... 135
3.5 Dientes ... 135
3.5.1 Valoración de dientes ... 135
4 Termorregulación ... 135
4.1 Introducción ... 135
4.1.1 Regulación de la termogénesis y de la termólisis ... 136
4.1.2 Valoración de la temperatura corporal ... 136
4.1.3 Variaciones fisiológicas de la temperatura ... 137
4.1.4 Alteraciones de la termorregulación ... 137
4.1.5 Fiebre ... 138
4.1.6 Hipertermia ... 139
4.1.7 Hipotermia ... 140
XII - PROBLEMAS DEL PATRÓN 2: NUTRICIONAL - METABÓLICO ... 141
1 Diagnósticos relacionados con la nutrición ... 141
1.1 Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales ... 141
1.2 Sobrepeso y Obesidad ... 142
2 Diagnósticos relacionados con la deglución-ingesta ... 144
2.1 Deterioro de la deglución ... 144
2.2 Riesgo de aspiración ... 145
2.3 Náuseas ... 146
3 Diagnósticos relacionados con la piel-mucosas ... 147
3.1 Riesgo de lesión por presión en el adulto ... 147
3.2 Lesión por presión en el adulto ... 149
3.3 Deterioro de la integridad cutánea ... 151
3.4 Deterioro de la integridad tisular ... 153
3.5 Deterioro de la integridad de la membrana mucosa oral ... 154

3.6 Riesgo de deterioro de la integridad de la membrana mucosa oral 156
4 Diagnósticos relacionados con la termorregulación 158
4.1 Hipertermia 158
4.2 Hipotermia 159
XIII - VALORACIÓN DEL PATRÓN 3: ELIMINACIÓN 161
1 Introducción 161
2 Valoración de la eliminación intestinal 161
2.1 Diarrea 161
2.1.1 Mecanismos básicos de la diarrea 162
2.1.2 Valoración del paciente con diarrea 162
2.2 Estreñimiento (Constipación) 162
2.3 Hemorragias Digestivas 163
2.3.1 Hematemesis 163
2.3.2 Melenas 163
2.3.3 Rectorragia y hematoquecia 163
3 Valoración de la eliminación urinaria 163
3.1 Alteraciones del Volumen 163
3.1.1 Poliuria 163
3.1.2 Oliguria 164
3.1.3 Anuria 164
3.2 Alteraciones del Ritmo de la eliminación 164
3.2.1 Nicturia 165
3.3 Alteraciones de la Forma de la micción 165
3.3.1 Polaquiuria 165
3.3.2 Disuria 165
3.3.3 Tenesmo vesical 165
3.3.4 Micción por rebosamiento 165
3.3.5 Estranguria 165
3.3.6 Retención urinaria 165
3.3.7 Enuresis (Incontinencia) 166
3.4 Valoración de la orina 166
3.4.1 Proteinuria: 166
3.4.2 Hematuria: 166
3.4.3 Hemoglobinuria: 166
XIV – PROBLEMAS DEL PATRÓN 3: ELIMINACIÓN 167
4 Diagnósticos relacionados con la eliminación intestinal 167
4.1 Estreñimiento 167
4.2 Riesgo de estreñimiento 168

4.3 Diarrea ... 170
4.4 Deterioro de la continencia intestinal ... 170
5 Diagnósticos relacionados con la eliminación urinaria ... 172
5.1 Deterioro de la eliminación urinaria ... 172
5.2 Retención urinaria ... 173
5.3 Riesgo de retención urinaria ... 174
5.4 Incontinencia urinaria mixta ... 175
XV - VALORACIÓN DEL PATRÓN 4: ACTIVIDAD-EJERCICIO ... 177
1 Introducción ... 177
2 Movilidad ... 177
2.1 Valoración musculoesquelética ... 178
2.1.1 Entrevista clínica ... 178
2.1.2 Exploración física ... 178
2.2 Valoración neurológica ... 178
2.2.1 Tono muscular ... 178
2.2.2 Fuerza muscular ... 179
2.2.3 Reflejos ... 180
2.2.4 Movimientos involuntarios anormales ... 181
2.2.5 Equilibrio y coordinación ... 181
2.2.6 Marcha ... 182
3 Respiración ... 183
3.1 Entrevista clínica ... 183
3.1.1 Tos ... 183
3.1.2 Expectoración ... 184
3.1.3 Disnea ... 185
3.2 Exploración física ... 185
3.2.1 Inspección ... 185
3.2.2 Palpación del tórax ... 187
3.2.3 Percusión torácica ... 187
3.2.4 Auscultación ... 187
4 Valoración de otros aspectos relacionados con la actividad y el ejercicio ... 189
4.1 Valoración de las Actividades de la Vida Diaria ... 189
4.1.1 Nivel funcional de Marjory Gordon ... 190
4.1.2 Índice de Barthel ... 190
4.1.3 Índice de Katz ... 191
4.2 Valoración del riesgo de caída ... 192
XVI - PROBLEMAS DEL PATRÓN 4: ACTIVIDAD-EJERCICIO ... 193
1 Diagnósticos relacionados con la movilidad ... 193

1.1 Deterioro de la movilidad física ... 193
1.2 Deterioro de la movilidad en la cama ... 194
1.3 Estilo de vida sedentario ... 195
1.4 Riesgo de caídas del adulto ... 197
2 Diagnósticos relacionados con el autocuidado ... 198
2.1 Déficit de autocuidado en la alimentación ... 198
2.2 Déficit de autocuidado en el baño ... 200
2.3 Déficit de autocuidado en el vestido ... 200
2.4 Déficit de autocuidado en el uso del inodoro ... 201
2.5 Disposición para mejorar el autocuidado ... 202
3 Diagnósticos relacionados con la respiración ... 203
3.1 Limpieza ineficaz de vías aéreas ... 203
XVII - VALORACIÓN DEL PATRÓN 5: SUEÑO-DESCANSO ... 206
1 Introducción ... 206
2 Fisiología del sueño ... 207
3 Fases del ciclo del sueño ... 207
4 Funciones del sueño ... 208
5 Factores que afectan al sueño ... 209
6 Trastornos del sueño ... 210
6.1 Disomnias ... 210
6.2 Parasomnias ... 210
7 Valoración del sueño ... 211
7.1 Historia del sueño ... 211
XVIII - PROBLEMAS DEL PATRÓN 5: SUEÑO-DESCANSO ... 212
8 Diagnósticos relacionados con el sueño/descanso ... 212
8.1 Insomnio ... 212
8.2 Trastorno del patrón del sueño ... 212
XIX - VALORACIÓN DEL PATRÓN 6: COGNITIVO - PERCEPTUAL ... 214
1 Introducción ... 214
2 Valoración de la función cognitiva ... 214
2.1 Consciencia ... 214
2.1.1 Nivel de consciencia ... 214
2.1.2 Orientación ... 215
2.1.3 Delirio ... 215
2.2 Memoria ... 215
2.2.1 Amnesia ... 216
2.3 Pensamiento ... 216
2.3.1 Alteraciones de las formas de pensamiento ... 216

2.3.2 Alteraciones del contenido del pensamiento ... 216
2.4 Percepción ... 216
2.5 Lenguaje ... 217
2.5.1 Alteraciones del lenguaje ... 217
2.5.2 Alteraciones del habla ... 218
2.6 Valoración de la función mental (Mini-examen cognoscitivo) ... 218
3 Valoración de los sentidos ... 219
3.1 Vista ... 219
3.1.1 Motilidad ocular ... 219
3.1.2 Pupilas ... 219
3.1.3 Alteraciones visuales ... 219
3.2 Oído ... 219
3.3 Olfato ... 219
3.4 Gusto ... 220
4 Valoración de la sensibilidad ... 220
4.1 Sensibilidad superficial ... 220
4.1.1 Táctil ... 220
4.1.2 Dolorosa ... 220
4.2 Sensibilidad profunda ... 220
4.2.1 Presión: barestesia ... 220
4.2.2 Peso: barognosia ... 220
4.2.3 Actitudes segmentarias: batiestesia ... 221
4.2.4 Sensibilidad vibratoria: palestesia ... 221
4.2.5 Reconocimiento de objetos: Estereognosia ... 221
5 Valoración del dolor ... 221
5.1 Entrevista clínica para la valoración del dolor ... 221
5.1.1 Localización ... 222
5.1.2 Cronología ... 223
5.1.3 Características ... 224
5.1.4 Intensidad ... 224
5.2 Patrones dolorosos ... 224
5.2.1 Patrón nutricional ... 224
5.2.2 Patrón eliminación: Intestinal ... 226
5.2.3 Patrón eliminación: Renal ... 226
5.2.4 Patrón actividad-ejercicio: Motilidad ... 227
5.2.5 Patrón actividad-ejercicio: Respiración ... 227
5.2.6 Patrón actividad-ejercicio: Cardiovascular ... 228
XX - PROBLEMAS DEL PATRÓN 6: COGNITIVO - PERCEPTUAL ... 229

1 Introducción 229
2 Diagnósticos relacionados con el dolor 229
2.1 Dolor agudo 229
2.2 Dolor crónico 231
3 Diagnóstico relacionado con la cognición 232
3.1 Conocimientos deficientes 232
XXI - VALORACIÓN DEL PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN - AUTOCONCEPTO 235
4 Introducción 235
5 Apuntes sobre la valoración de enfermería 235
5.1 Valoración de la autopercepción y el autoconcepto 235
5.1.1 Percepción de sí mismo: imagen corporal 236
5.1.2 Percepción de sí mismo: identidad personal 236
5.1.3 Percepción de sí mismo: autoestima 237
5.2 Factores que influyen en la autopercepción 237
XXII - PROBLEMAS DEL PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO 239
6 Diagnósticos relacionados con el intus humanum 239
6.1 Ansiedad 239
6.2 Temor 241
6.3 Desesperanza 242
6.4 Impotencia 243
6.5 Baja autoestima situacional 244
6.6 Baja autoestima crónica 245
7 Diagnósticos relacionados con el *extra humanum* 246
7.1 Trastorno de la imagen corporal 246
7.2 Descuido personal 247
7.3 Riesgo de violencia autodirigida 248
XXIII - VALORACIÓN DEL PATRÓN 8: ROL-RELACIONES 249
1 Introducción 249
2 Relaciones sociales 249
3 Factores que afectan al rol y las relaciones sociales 250
4 Valoración de los roles y relaciones sociales 250
4.1 Comunicación 250
4.2 Relaciones y roles sociales 251
4.2.1 Cuestionario de sobrecarga del cuidador - Zarit 251
4.3 Examen objetivo 252
XXIV - PROBLEMAS DEL PATRÓN 8: ROL-RELACIONES 253
1 Diagnóstico relacionado con la comunicación 253
1.1 Deterioro de la comunicación verbal 253

2 Diagnóstico relacionado con el desempeño del rol 255
2.1 Deterioro de la interacción social 255
3 Diagnósticos relacionados con el cuidador 256
3.1 Cansancio del rol de cuidador(a) 256
3.2 Riesgo de cansancio del rol de cuidador(a) 258
XXV - VALORACIÓN DEL PATRÓN 9: SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN 261
1 Introducción 261
2 Sexo y sexualidad 261
2.1 Factores que afectal al patrón de sexualidad 262
3 Sexualidad y reproducción 262
4 Valoración de la sexualidad y reproducción 263
4.1 Patrón de sexualidad 263
4.2 Patrón reproductivo 263
XXVI - PROBLEMAS DEL PATRÓN 9: SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN 265
1 Diagnóstico relacionado con la sexualidad 265
1.1 Patrón de sexualidad ineficaz 265
XXVII - VALORACIÓN DEL PATRÓN 10: AFRONTAMIENTO-TOLERANCIA AL ESTRÉS 267
1 Introducción 267
1.1 Valoración de enfermería del patrón 10 267
1.2 Nociones básicas sobre el estrés 268
XXVIII - PROBLEMAS DEL PATRÓN 10: AFRONTAMIENTO-TOLERANCIA AL ESTRÉS 269
1 Diagnósticos relacionados con la respuesta de afrontamiento 269
1.1 Afrontamiento ineficaz 269
1.2 Negación ineficaz 270
1.3 Afrontamiento familiar comprometido 271
XXIX - VALORACIÓN DEL PATRÓN 11: VALORES-CREENCIAS 273
1 Introducción 273
2 Creencias 273
3 Valores 274
3.1 Características de los valores 274
4 Espiritualidad: bienestar/sufrimiento espiritual 275
5 Factores que influyen en la valoración del patrón 275
6 Valoración de valores y creencias 276
XXX - PROBLEMAS DEL PATRÓN 11: VALORES-CREENCIAS 277
1 Introducción 277
2 diagnósticos relacionados con los valores y creencias 277
2.1 Sufrimiento espiritual 277
2.2 Riesgo de sufrimiento espiritual 279

BIBLIOGRAFÍA..... 281

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla. 1.1: Comparación de los procesos de resolución de problemas, metodología enfermera y método científico 26
Tabla 3.1: Dimensiones de la vejiga neumática según edad..... 48
Tabla 3.2: Patrones funcionales de salud de Marjory Gordon..... 53
Tabla 3.3: Ejemplo práctico de Valoración por Patrones funcionales..... 55
Tabla 4.1: Diferencia entre el diagnóstico médico y el diagnóstico enfermero..... 60
Tabla 4.2: Taxonomía II: Estructura multiaxial de la NANDA - I 63
Tabla 4.3: Taxonomía II: Dominios de NANDA – I..... 63
Tabla 4.4: Ejemplo práctico de juicio diagnóstico 69
Tabla. 5.1: Tratamiento enfermero integral..... 82
Tabla 11.1. Índice de Masa Corporal (IMC) 121
Tabla 11.2.: Escala de Norton..... 132
Tabla 11.3.: Escala de Braden..... 133
Tabla 15.1: Índice de Barthel 190
Tabla 15.2: Índice de Katz..... 191
Tabla 15.3: Escala de Downton 192
Tabla 19.1.: Escala de Glasgow..... 215
Tabla 19.2.: Escala de Mini-mental..... 218
Tabla 23.1.: Cuestionario de sobrecarga del cuidador-Zarit..... 251
Tabla 23.2.: Cuestionario de sobrecarga del cuidador-Zarit reducido..... 252

ÍNDICE DE FIGURAS

Fig. 2.1: Elementos de Pensamiento Crítico (Imagen tomada de Paul y Elder, Mini-guía para el pensamiento crítico y Lectura crítica) 31
Fig. 3.1: Diferencia entre hechos y otro tipo de datos 35
Fig. 4.1: Modelo Bifocal 61
Fig. 4.2: Árbol de decisiones del juicio diagnóstico 68
Figura 5.1: Esquema del proceso de planificación 73
Fig. 5.2. Pirámide de Abraham Maslow 74
Figura 5.3: Correspondencia indicadores NOC con manifestaciones del diagnóstico Dolor agudo 79
Fig. 5.4: Ejemplo de niveles de complejidad de la NIC 81
Fig. 5.5: Tratamiento enfermero integral 82
Fig. 7.1: Evaluación como proceso continuo 86
Fig. 7.2: Proceso de evaluación 87
Fig. 8.1: Pensamiento, Proceso y Lenguaje 89
Fig. 8.2: Ejes de la CIPE (Adaptado de CIPE. V. 2) 121 91
Fig. 8.3: Ejemplo de diagnósticos CIPE, según los ejes seleccionados 92
Fig. 8.4: Ejemplo Acción CIPE, según los ejes seleccionados 93
Fig. 8.5: Ejemplo Resultado CIPE, según los ejes seleccionados 93
Fig. 8.6.: Ejemplo de red de razonamiento clínico sobre un caso 96
Fig. 8.7: Red de Razonamiento. Diagnósticos NANDA 97
Fig. 8.8: Red de Razonamiento. Resultados NOC 98
Fig. 8.9.: Estructura para el razonamiento en el Modelo AREA 98
Fig. 11.1.: Pirámide de Alimentación Saludable (SENC) 116
Fig. 11.2.: Plato Harvard 117
Fig.17.1: Ciclo normal del sueño 208

PRÓLOGO

La 2ª edición del libro de *Metodología de la práctica enfermera. Lenguajes estandarizados* es la culminación de un proyecto que iniciaron en 2015 los profesores de la asignatura homónima de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense y que tenía como objetivo crear una obra que cubriera los contenidos de esta asignatura de primer curso del grado en Enfermería donde se enseña la metodología enfermera y su aplicación clínica.

La 1ª edición fue una obra parcial, al incluir solo la primera parte del programa de la asignatura, abordando el estudio teórico de juicio clínico enfermero y el análisis pormenorizado de cada una de sus etapas: la valoración del paciente, el diagnóstico enfermero, la planificación de los cuidados, la ejecución del plan y la evaluación del proceso y de los resultados clínicos. En coherencia con la legislación vigente en materia de documentación clínica el modelo de valoración en la que los autores hemos basado esta obra son los Patrones Funcionales de Salud (PFS) de Marjory Gordon[1] y los lenguajes en los que se expresan los diagnósticos, los criterios de resultados y las intervenciones enfermeras son la NANDA[2], la NOC[3] y la NIC[4], respectivamente.

En la 2ª edición se han revisado y ampliado los contenidos, incorporando las novedades en metodología, pensamiento crítico y particularmente en los lenguajes estandarizados. La novedad de esta edición es la incorporación de los temas correspondientes al segundo bloque de la asignatura, cuyo objetivo es mostrar la forma de aplicar los pasos del juicio clínico a la resolución de problemas enfermeros.

El contenido de esta 2ª edición se inicia con un primer capítulo en el que se estudia la Enfermería moderna basada en unos planteamientos teóricos acordes a los avances científicos en materia sanitaria que despuntaron a mediados del siglo XX y que permitieron el desarrollo de una profesión moderna con capacidad de tomar decisiones para resolver problemas clínicos. Estas nuevas competencias clínicas solo se pueden desarrollar completamente cuando una profesión alcanza sus decisiones mediante un método explícito: el proceso enfermero o juicio clínico enfermero. El capítulo 2 ahonda en esta estrategia dedicando el capítulo al estudio de las técnicas básicas de pensamiento crítico.

La valoración enfermera es el pilar fundamental en el que se asienta el proceso de toma de decisiones y a él hemos querido dedicarle un amplio capítulo 3 en el que se exponen las bases conceptuales de la valoración y a las técnicas principales que utiliza el profesional de enfermería (entrevista clínica y exploración física, principalmente), concluyendo con un apartado dedicado a fundamentar la necesidad de un modelo de valoración enfermero, que será la base de los futuros juicios diagnóstico y terapéutico. Como ya se indicó arriba, el modelo de valoración elegido es el de los Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon. Los capítulos 4 al 7 desarrollan el resto de las fases del proceso enfermero: diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

El último capítulo de esta primera parte, capítulo 8, está dedicado a profundizar en el razonamiento clínico como base de la metodología clínica enfermera, basada en los datos observados y en el análisis de los mismos, desde una perspectiva enfermera que atiende más a las respuestas humanas que a los procesos fisiopatológicos y que puede alcanzar resultados clínicamente válidos con independencia del lenguaje que se utilice para expresarlo. De hecho, el capítulo dedica un apartado a describir otros lenguajes enfermeros tan válidos para la práctica

clínica como los empleados en este libro. Este capítulo describe el proceso de razonamiento que emplearemos en el resto del libro, especialmente en los dedicados a los problemas enfermeros.

La principal novedad de esta edición es la aplicación práctica de la teoría estudiada anteriormente y que consiste en describir la valoración enfermera del paciente patrón por patrón y la resolución de algunos de los problemas principales que se encuentra el profesional de enfermería generalista en la práctica clínica. Para ello cada PFS se divide en dos capítulos, el primero dedicado a la valoración enfermera del patrón y el segundo a describir los diagnósticos enfermeros principales y el plan de cuidados para su resolución. Los capítulos de valoración se inician todos con una introducción que contiene literalmente la propuesta de valoración de cada PFS que hizo Marjory Gordon en su libro de "Diagnóstico de enfermería. Proceso y aplicación"[1] y que inspira la organización de estos capítulos. Se estudian los signos y síntomas principales para el análisis del patrón y las técnicas que más frecuentemente emplea la enfermera generalista en la obtención de los mismos. El segundo capítulo de cada patrón contiene los diagnósticos NANDA más básicos con los que las enfermeras generalistas describen la disfuncionalidad de cada patrón. Por la naturaleza de esta obra, los diagnósticos elegidos son aquellos de aparición más frecuente en la clínica y que el estudiante presenciará en sus prácticas clínicas de segundo curso, pero también los que pueden ser identificados con la información semiológica empleada en el capítulo de valoración. De cada diagnóstico se dará la información esencial para su comprensión (etiqueta, código, definición, factores relacionados o de riesgo y, en su caso, las características definitorias) y que figura en la 12ª edición del libro NANDA Internacional. Diagnósticos enfermero: definiciones y clasificación 2021-2023[2]. Dada la amplitud teórica de muchos de los diagnósticos tratados se hace inviable la presentación y estudio de todas sus posibilidades clínicas y los autores hemos seleccionado los problemas más generales y adaptados al nivel académico del lector y que permitan comprender adecuadamente los procesos de juicio clínico enfermero, que es el objetivo final de esa obra. La resolución de estos diagnósticos se hace sobre la base de los objetivos y cuidados más generales, pensando en una persona adulta y sin introducir problemas que requieran un conocimiento especializado. Los planes de cuidados se estructurarán utilizando la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de resultados en salud, en su 6ª edición[3] y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) en la 7ª edición[4]. En caso de utilizar bibliografía complementaria se citará en el texto.

Esta obra es el fruto de la larga experiencia docente y asistencial de los autores. Está adaptada a las necesidades académicas de los estudiantes de primero de Enfermería, pero consideramos que puede ser útil para el resto de los estudiantes de la titulación en la preparación de sus casos clínicos que tendrán que resolver en el transcurso de varias asignaturas de su currículum, así como en las prácticas clínicas de la carrera. Esperamos contribuir a la enseñanza de la metodología enfermera y acercarla de manera amigable a la práctica clínica.

I – EL JUICIO CLÍNICO ENFERMERO: TEORÍA Y MÉTODO

Ramón del Gallego Lastra, Jorge Diz Gómez, Mª Antonia López Romero, Francisco Javier Pérez Rivas

1 INTRODUCCIÓN

Al abordar el estudio del juicio clínico enfermero cabe preguntarse si la Enfermería, en su práctica cotidiana, toma decisiones independientes que derivan en acciones profesionales. Si la respuesta es no, porque sus actividades están promovidas por la rutina y por órdenes heterónomas, plantear el juicio clínico enfermero no tiene sentido. En cambio, si la respuesta es afirmativa, y defendemos que Enfermería es una actividad de cuidados que presta servicios profesionales basados en juicios elaborados a partir de datos clínicos observados, entonces es necesario asegurar que esas observaciones y los dictámenes derivados de ellas se atienen a un método que garantice la calidad de los mismos. Pero responder sí tiene muchos matices y hay que situar esa respuesta en su contexto.

La larga historia de la Enfermería muestra que, en su mayor parte, el trabajo ha sido de tipo manual, desempeñando tareas bajo las órdenes del médico, y no remunerado, al ser ejercido principalmente por religiosos o voluntarios entre los que primaba el carácter caritativo. Sólo a partir de las décadas de 1940 y 1950 la Enfermería inicia un movimiento de profesionalización[a], con un salto importante en la formación académica y la investigación. Todo lo ocurrido en la Enfermería desde entonces (modelos teóricos, proceso de enfermería, diagnósticos enfermeros, etc.) no se puede entender si no se toma en consideración este proyecto de desarrollo del estatus profesional del colectivo enfermero.

A mediados del siglo XX se toma conciencia de que la Enfermería tiene un valor propio que es necesario hacer visible y desde entonces experimenta una progresión profesional y académica vertiginosa: si antes las enfermeras recibían una instrucción básica para saber ejecutar órdenes prescritas por el médico, más adelante los estudios adquirieron nivel universitario; si antes la enfermería no era autónoma para prestar cuidados independientes hoy la legislación reconoce una función específica a los profesionales de enfermería en la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería[5]; hoy las enfermeras son profesoras en las universidades donde se imparten estudios de enfermería y también investigan dirigiendo proyectos de manera autónoma. A pesar de esta situación, el presidente de la Organización Mundial de la Salud, en enero de 2019 hizo una declaración en la que indicaba que *"Las enfermeras y matronas no son auxiliares de los médicos. Son profesionales de la salud por propio derecho, con habilidades y capacitaciones que les permiten desarrollar una variedad de roles esenciales"*[6], evidenciando que es un problema a nivel mundial la consideración de que las enfermeras son auxiliares con escasa capacidad para tomar decisiones autónomas.

Su historia relacionada con el carácter manual y doméstico de los cuidados básicos de la salud ha creado una imagen de dependencia y subsidiaridad que ha llegado hasta nuestros días y que la asimila más a los oficios que a las profesiones. Tomando conciencia de ello, algunas

a Es necesario hacer una excepción con la figura de Florence Nightingale (1820-1910), considerada precursora de la Enfermería moderna al proponer que *"enfermería requieren sujetos aptos e inteligentes a los cuales hay que remunerar por la calidad de sus servicios"* y crear una escuela de enfermeras laicas en Londres, que fue un modelo en el que se inspiraron otros países.

enfermeras, fundamentalmente estadounidenses y británicas, se plantearon avanzar en el logro de la Enfermería como una profesión plena. Para entender qué llamamos profesión hay que acudir a la sociología, la cual considera ***profesión***, a una ocupación que cumple con dos características importantes[7–9].

> 1º) es necesario definir una **contribución específica** del grupo ocupacional, que la sociedad reconozca como esencial para cubrir una necesidad sentida como importante (por ejemplo, cuidar de la salud; interpretar leyes e impartir justicia, o construir edificios),
>
> 2º) sus servicios estarán basados en un **conocimiento** teórico amplio y denso, que es necesario producir y transmitir por procedimientos estrictos y exhaustivos.

A estos dos propósitos obedece la necesidad de poner en marcha dos estrategias: la primera consiste en desarrollar científicamente un conocimiento que permita definir y delimitar un campo de actuación y de responsabilidades profesionales específico, la segunda es plantear un proceso sistemático de toma de decisiones en las que fundamentar una práctica autónoma.

Los científicos describen e interpretan los fenómenos propios de su campo de conocimientos mediante los modelos y las teorías, y desarrollar estas de manera que se consiga predecir y controlar esos fenómenos es su objetivo principal. Una teoría científica puede ser entendida como el *"conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de los fenómenos, estableciendo para ello las relaciones específicas entre los conceptos a fin de describir, predecir y/o controlar los fenómenos"*[10]. Los modelos teóricos, aunque tienen el mismo propósito que las teorías, son estructuras menos elaboradas que éstas y no tienen la capacidad plena de predecir y controlar fenómenos. El Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española lo define como *"esquema teórico, generalmente en forma matemática, de un sistema o de una realidad compleja, como la evolución económica de un país, que se elabora para facilitar su comprensión y el estudio de su comportamiento"*[11].

Desde mediados del siglo XX la Enfermería está elaborando teorías explicativas sobre cuatro elementos que considera el centro de su estudio y acción profesional; estos son la persona, su entorno en consonancia con la salud y el cuidado, la salud y el concepto específico de enfermería por excelencia, el cuidado. Pero el significado de *cuidar la salud* ni es obvio ni es exclusivo de la Enfermería. Y por eso los primeros esfuerzos, en las décadas de 1950 y 1960, fueron para definir qué es la *Enfermería*, y por extensión el *Cuidado*[12–14]*.* Con la definición de estos dos conceptos básicos se busca diferenciar con claridad la Enfermería de otras profesiones sanitarias y la organización de ese conocimiento en clasificaciones propias. No basta con ser necesario, es imprescindible que la contribución sea exclusiva.

La sociedad solo reconoce, y concede el privilegio de ser la autoridad máxima en la resolución de problemas importantes, a aquellas profesiones que basan sus decisiones en un cuerpo de conocimientos denso, generalmente apoyado en la ciencia, pues es el tipo de conocimiento que más prestigio tiene. Además, ese conocimiento debe aplicarlo siguiendo una metodología clara y precisa que permita justificar los juicios y sus consecuentes decisiones. Por eso la *técnica* por sí misma no es suficiente, pues un cuerpo teórico sirve para justificar la finalidad de las acciones, y *"en la aplicación de las técnicas los fines ya están decididos"*[15].

Por todo ello, una profesión moderna ha de avanzar en dos frentes: primero un desarrollo teórico del cuerpo de conocimientos que abarca su especialidad (*disciplina*), y segundo un método que dé solvencia a las decisiones de las que es responsable (*metodología de la práctica profesional*).

Este último aspecto es el que nos ocupa en este libro, pero su estudio y desarrollo no puede separarse del teórico-disciplinar. En consecuencia, su estudio ha de cubrir los siguientes objetivos:

1) Racionalizar los cuidados
2) Permitir establecer prioridades
3) Dar continuidad a la atención
4) Coordinar las intervenciones
5) Individualizar y personalizar los cuidados lo que permite avanzar en la humanización.

2 BREVE HISTORIA DE LA METODOLOGÍA ENFERMERA

En paralelo al desarrollo de los modelos teóricos (Teoría Enfermera), en la década de 1950 se propone a los profesionales un método para la toma de decisiones clínicas, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE)[16]. En 1955 Lydia E. Hall menciona por primera vez la necesidad de *"un proceso sistemático que permita a la enfermera tomar decisiones eficazmente"*. Este proceso lo describen Dorothy Johnson, Ida Orlando y Ernestine Wiedenbach, a principios de los años sesenta, como un proceso trifásico: análisis, síntesis y ejecución[17]. En 1967 Helen Yura y Mary Walsh publicaron el primer texto que describía el PAE, que entonces ya se componía de 4 fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación[18]. A mediados de la década de los años setenta Bloch, Roy y otras autoras añadieron la fase de diagnóstico, dando lugar al actual proceso de cinco fases.

En una rápida evolución, el proceso enfermero ha llegado a ser considerado un estándar de calidad de la práctica profesional, como así lo promulgó en 1973 la American Nurses Association (ANA) en su Standard of Nursing Practice[19], reflejo de la importancia que desde las élites intelectuales dan al proceso enfermero. Desde entonces ha sido legitimado como el marco de la práctica de enfermería.

Kristine Gebbie y Mary Ann Lavin en 1973 convocan la "1ª Conferencia Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería", estructurándose a partir de ella el "Grupo Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería". En 1982 y durante la V Conferencia, se crea la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Esta asociación norteamericana, dada su repercusión mundial, se constituyó en 2002 como una asociación internacional convirtiendo el acrónimo en un nombre propio y pasó a denominarse NANDA Internacional (NANDA-I)[20].

En los últimos años del siglo XX se produjo un gran avance en el desarrollo de otras clasificaciones diagnósticas que ya trabajan con la idea de integrar todo el conocimiento clínico enfermero (los diagnósticos, los objetivos clínicos y las acciones profesionales), como la del Consejo Internacional de Enfermería (CIE), que en 1991 publicó la Clasificación internacional de la práctica enfermera (CIPE).

Otro hito importante es la creación en 1987 del Iowa Interventions Project promovido por McCloskey y Bulecheck, que desarrolla la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC, del inglés Nursing Interventions Classification). En 1991, Johnson y Maas, hacen lo propio con la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC, del inglés Nursing Outcomes Classification). En 1995 se crea el Center for Nursing Classification, en el College of Nursing de la Universidad de Iowa. Estas dos clasificaciones junto con la NANDA editan en 2001 el primer libro vinculándolas: "Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones: Interrelaciones NANDA, NOC, NIC"; en la actualidad se ha publicado la 3ª edición de este proyecto[21].

En España los estudios de Enfermería se transforman en universitarios a partir de 1977 con la Diplomatura de Enfermería, que incluyen una asignatura específica, como es la de Enfermería Fundamental, en la que se abordan contenidos sobre la Historia de la profesión, los Modelos

enfermeros y el Proceso de Atención de Enfermería. Paralelamente, en algunos hospitales iba apareciendo tímidamente documentación donde las enfermeras registraban los comentarios y planes de cuidados de sus pacientes. Estos documentos eran destruidos al alta del paciente y solo se registraban aquellos datos que los médicos, considerándolos importantes, incluían en los diarios evolutivos. No fue hasta 2002 cuando la Ley 41, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, establece en su artículo 14 el deber de incluir "...la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en [la elaboración de la documentación], con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos en el ámbito de cada centro"; indicando en el art. 15 que dos documentos básicos para Enfermería son parte de la Documentación Clínica:

a) Evolución y planificación de cuidados de enfermería
b) Aplicación terapéutica de enfermería.

Incidiendo en esta línea, el Real Decreto 1093 de 2010 sobre el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, establece en su art. 3 que la documentación clínica ha de incluir un informe de cuidados de enfermería, cuyo contenido se desarrolla en el anexo VII especificando la obligación de registrar la información empleando las clasificaciones NANDA, NOC y NIC.

3 CONCEPTO Y FASES DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

Desde que Lydia E Hall definió en 1955 el Proceso de Atención de Enfermería como *"un proceso sistemático que permita a la enfermera tomar decisiones eficazmente"* se han dado muchas definiciones, pero todas redundan en la idea central de método para tomar decisiones. Y en eso consiste el Proceso de Enfermería, como lo dejan patente definiciones, claras y precisas, de dos referentes en el estudio de la metodología enfermera:

> *"Método de identificación y resolución de problemas"* [1]
>
> *"Método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados"*[22]

Método es un término que procede del griego *meta:* a través o más allá, y *odos:* camino, sendero. En sentido estricto un método no es otra cosa que un camino, una secuencia de pasos, que proporciona cierta sistemática a la toma de decisiones.

En la práctica clínica esas decisiones tienen por objeto resolver problemas del paciente para cubrir sus necesidades básicas. Y tal como hemos visto más arriba, la enfermera desarrolla su actividad empleando un método, el Proceso enfermero, consistente en una secuencia sistemática de cinco pasos:

1ª ***Valoración:*** Proceso organizado y sistematizado de recogida de datos.

2ª ***Diagnóstico:*** Identificación de los problemas de cuidados que presenta el paciente.

3ª ***Planificación:*** Desarrollo de las estrategias para evitar, reducir o corregir los problemas identificados.

4ª ***Ejecución:*** Implementación de las acciones necesarias para lograr los resultados definidos en la fase de planificación.

5ª ***Evaluación:*** Proceso de identificación del progreso en la consecución de los objetivos planteados.

Estos pasos, a su vez, para su adecuado desarrollo requieren de un proceso cuyas actividades se desglosan a continuación (figura 1.1), y que se analizarán en profundidad en los siguientes capítulos del programa:

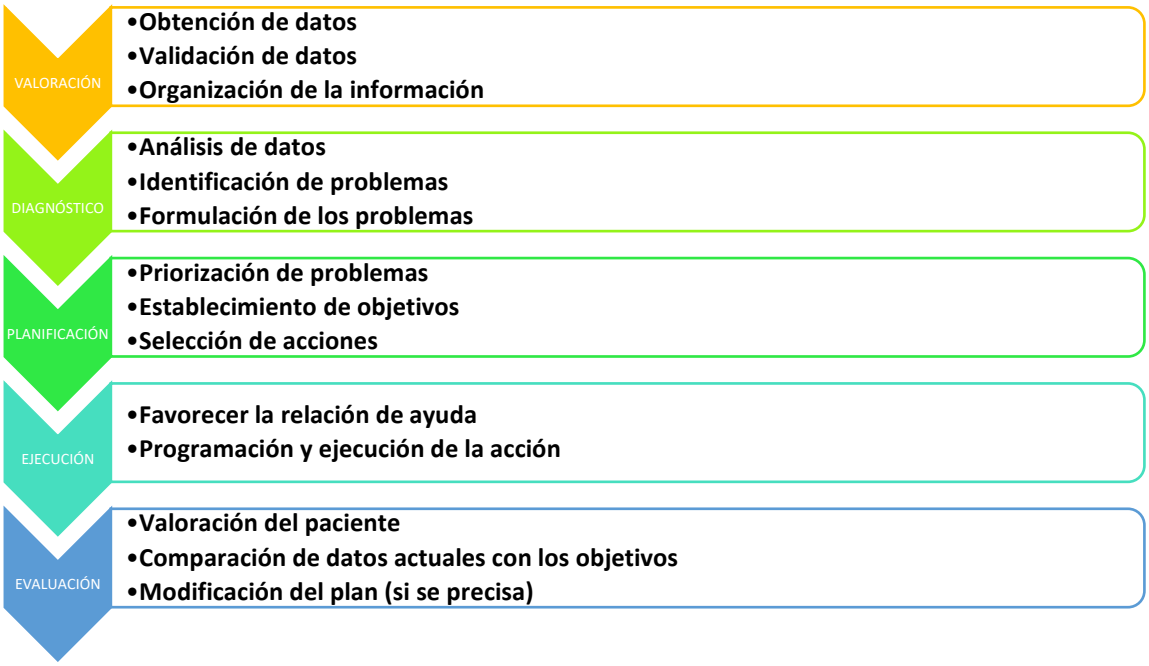


Fig. 1.1: Fases del Proceso enfermero

Este proceso de toma de decisiones ha sufrido varios cambios de denominación que pueden hacer pensar que se refiere a cosas diferentes o que con el avance del tiempo se ha hecho más complejo. Y nada más erróneo. Inicialmente lo definido por Hall se denominó *Proceso de Atención de Enfermería (PAE)*. El PAE se asimiló pronto a un proceso mecánico consistente en el simple registro rutinario de actividades ya realizadas, más que un proceso cognitivo de toma de decisiones, lo que es un error absoluto. Los objetivos institucionales centrados en el cuidado técnico y la sobrecarga de trabajo han contribuido en gran medida a fomentar esta idea. Alternativamente se han utilizado otras denominaciones como *Proceso de Enfermería*, por ser *atención* un término redundante, ya que atender al paciente es la función propia de Enfermería. También se habla de *Metodología enfermera* o *Metodología de los cuidados*, denominaciones que buscan enfatizar el componente cognitivo de la actividad y evitar la imagen de acción rutinaria incorporando herramientas de pensamiento crítico que pretenden hacer más amplio, profundo y fiable el análisis de la información y la emisión de juicios clínicos. Alfaro[23] hace hincapié en el uso del razonamiento clínico como base de la elaboración de juicios, y dice que el proceso enfermero *"brinda una forma organizada y sistemática de pensar acerca de los cuidados de la persona"*. Este elemento consciente, activo y sistemático, que huye de la rutina, es el elemento central en el que se insiste como fundamento metodológico de los juicios clínicos. Se habla por tanto de *juicio clínico enfermero* para designar los dictámenes que el profesional de Enfermería debe emitir para resolver un problema con precisión y que implica dos partes: *juicio diagnóstico,* que tiene por finalidad la identificación de los problemas de salud del paciente, y el *juicio terapéutico*, cuya meta es proporcionar los cuidados necesarios para la resolución de los problemas (figura 1.2).

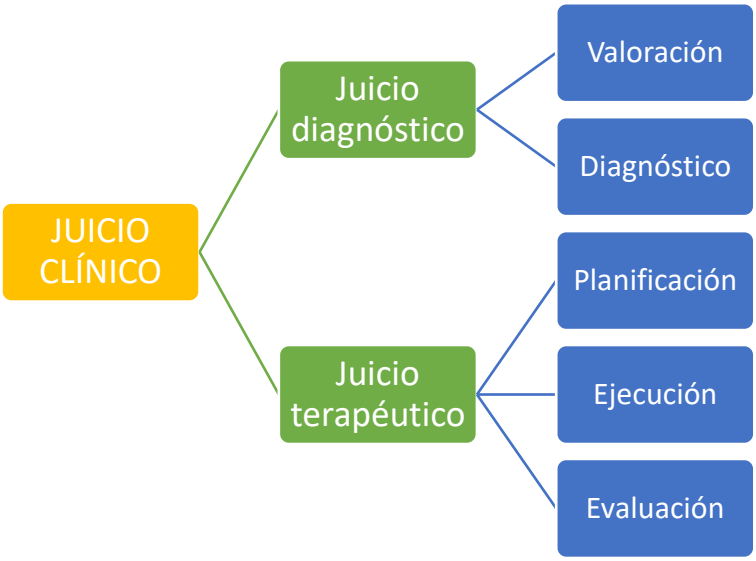


Fig. 1.2: Juicio clínico enfermero

4 LA METODOLOGÍA ENFERMERA Y LA CIENCIA ENFERMERA

Método y ciencia están muy relacionados en el imaginario de las profesiones, y así, algunos autores se han referido a la Metodología enfermera como "*el método científico aplicado a la práctica enfermera*". Es el caso de Griffin, que lo identifica como el resultado de la aplicación de la metodología científica a la Enfermería y lo define como *"una trayectoria progresiva"* que contiene tres dimensiones: *"propósito, organización y flexibilidad"*[24]

Esta asimilación de la metodología enfermera y el método científico no deja de ser una imprecisión, ya que este último tiene por misión producir conocimiento científico dando explicación a problemas teóricos que surgen en el seno de una ciencia, mientras el primero se preocupa de resolver problemas clínicos adoptando decisiones adecuadas.

La metodología para tomar decisiones tiene una estructura que es común cuando esas decisiones son de una alta complejidad técnica (un tratamiento oncológico; un veredicto judicial sobre una trama financiera, etc.) o cuando tomamos cualquiera de las múltiples decisiones de nuestra actividad cotidiana (la ropa que nos ponemos, la dieta que elegimos, la mejor ruta para una excursión por el campo, etc.). Lo que en ambos casos hacemos es:

1º. Identificar la naturaleza del problema que se nos plantea
2º. Determinar si el problema podemos solucionarlo independientemente o necesitamos ayuda
3º. Decidir las acciones concretas para solucionar dicho problema

Alfaro[23] habla del método de solución de problemas e incluye 5 fases:

1º. Detectar un problema
2º. Analizar datos para determinar exactamente en qué consiste el problema
3º. Formular el plan
4º. Poner en marcha el plan
5º. Evaluar los resultados

Lo que diferencia los dos tipos de decisiones arriba indicadas, no es la estructura del proceso de toma de decisiones, sino la naturaleza del problema y de las acciones que hay que acometer para resolverlo y la variedad de opciones de las que disponemos. En la medida que estos sean más complejos, la sociedad necesita depositar en el profesional experto su confianza para resolverlos ya que carece de los conocimientos y habilidades suficientes para acometerlos por sí misma.

Este proceso de toma de decisiones y solución de problemas guarda importantes similitudes con la metodología enfermera y con el método científico (Tabla 1.1), pero no por ello las decisiones que de él derivan son científicas (no tiene nada de científico decidir qué medio de transporte utilizamos para realizar un viaje o qué regalaremos a un amigo en su cumpleaños y no dejan de ser decisiones que tomamos continuamente).

Tabla. 1.1: Comparación de los procesos de resolución de problemas, metodología enfermera y método científico

Resolución problemas	Metodología enfermera	Método científico
Detectar un problema / situación	Valorar al paciente	Observación de un problema
Definir el problema	Diagnosticar sus problemas	Formulación de hipótesis
Valorar opciones alternativas y sus consecuencias	Planificar cuidados	Deducción consecuencias
Tomar una decisión y formular un plan		Diseño del estudio
Poner en marcha el plan	Ejecutar cuidados	Someter a prueba
Evaluar resultados	Evaluar resultados	Evaluación resultados

Las decisiones que adoptamos están basadas en nuestro conocimiento sobre la naturaleza del problema y el tipo y efectividad de las medidas de las que disponemos para su resolución. Podemos distinguir dos tipos de conocimientos: el ordinario y el científico.

El *conocimiento ordinario* (sentido común) está basado en la experiencia práctica del mundo que nos rodea. Las sensaciones, percepciones y conceptualizaciones derivadas del contacto con el mundo físico son los primeros elementos en los que asentamos nuestro conocimiento, y es eminentemente práctico. El conocimiento ordinario queda reforzado por las enseñanzas culturales que adquirimos en la socialización primaria. Es adquirido de modo directo de la experiencia personal o cultural, es fuertemente empírico y no tiene intención especulativa. El método de obtención podría ser a través del reconocimiento de la identidad para cada cosa, y su comparación con lo equivalente y lo diferente, así como una idea intuitiva de una relación causal[25]. Como el profesor González recordaba, solo cuando el sentido común no puede resolver un problema acudimos al conocimiento científico. El ser humano no necesita de la ciencia para inferir que el agua moja, pero sí cuando quiere conocer sus propiedades.

El *conocimiento científico* es un tipo de conocimiento de carácter especulativo; es decir, incluye un componente práctico, pero es imprescindible la especulación teórica con el planteamiento de hipótesis que traten de explicar la naturaleza y relaciones entre los fenómenos del mundo físico.

La actividad profesional nos enfrenta habitualmente a problemas complejos que requieren de un método que proporcione la seguridad y eficacia a nuestras decisiones. Pero es la naturaleza de los problemas y la diversidad y complejidad de sus soluciones lo que nos hace precisar de la ciencia. Para ejecutar actividades elementales y rutinarias no es necesaria la ciencia ni el método científico; solo cuando el profesional de Enfermería se enfrenta a problemas complejos y maneja soluciones complejas precisa de la ciencia enfermera y técnicas de pensamiento crítico para elaborar juicios clínicos enfermeros.

II – PENSAMIENTO CRÍTICO

Mª Antonia López Romero, Ramón del Gallego Lastra, Jorge Diz Gómez

1 INTRODUCCIÓN

El pensamiento crítico es *"un modo de pensar en el cual el pensador mejora la calidad de su pensamiento al apoderarse de estructuras inherentes al acto de pensar y someterlas a estándares intelectuales"*. Es auto-dirigido, auto-disciplinado, auto-regulado y auto-corregido[26].

Son muchas las definiciones que reafirman la idea de pensamiento activo y sistemático que emplea herramientas cognitivas para aumentar su eficacia:

> *"Un juicio autorregulatorio y dotado de resolución que da origen a interpretación, análisis, evaluación y deducción"*[27]; adoptado por American Philosophical Association.
>
> *"Proceso activo, organizado y cognitivo empleado para examinar cuidadosamente el propio pensamiento y el de los demás"*[28].
>
> *"El pensador crítico considera qué es importante en cada situación clínica, imagina y explora las alternativas, considera principios éticos, y toma decisiones informadas sobre el cuidado del paciente"*[29].
>
> *"La habilidad para centrar el pensamiento en la obtención de los resultados necesarios"*[30].

Esta última definición de Alfaro, coincidente con el resto en lo esencial, aporta un elemento importante para el juicio clínico enfermero, y es que establece una distinción entre el pensamiento y el pensamiento crítico que es el *propósito* y el *control*.

Para Paul y Elder un pensador crítico[26]:

- Formula problemas y preguntas vitales, claras y precisas
- Acumula y evalúa información relevante y usa ideas abstractas para interpretar esa información de manera efectiva.
- Llega a conclusiones y soluciones, probándolas con criterios y estándares relevantes
- Piensa con la mente abierta dentro de sistemas alternativos
- Reconoce y evalúa los supuestos, implicaciones y consecuencias prácticas
- Al idear soluciones a problemas complejos, se comunica de forma efectiva

2 FORMAS DE PENSAR Y RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Pensar se refiere a cualquier actividad mental, aunque sea inconsciente o rutinaria. El *Pensamiento crítico* es controlado y con un objetivo, usando estrategias razonadas para obtener los resultados requeridos. Alfaro incorpora al pensamiento crítico un importante matiz que es relevante en el ejercicio de la Enfermería y es considerar que la simple utilización del *método de solución de problemas*, o de *toma de decisiones,* omite la prevención, creatividad y mejoría, que

el pensamiento crítico, en su forma simple, se centra en un problema real y no se pregunta, ¿qué podría hacer mejor?, ¿cómo prevenir problemas?

En cambio, Potter y Perry hablan de las competencias del pensamiento crítico como los procesos cognitivos que se emplean para emitir juicios, e identifican tres tipos[31]:

A) *Pensamiento crítico general*, que incluye el método científico, la solución de problemas (obtención de información y empleo de ella para alcanzar soluciones aceptables cuando hay una discrepancia entre lo que está ocurriendo y lo que debería de ocurrir) y la toma de decisiones (punto final del pensamiento crítico que conduce a la solución del problema). Las decisiones deben tomarse siempre que haya varias opciones mutuamente excluyentes[32].
B) *Pensamiento crítico específico en situaciones clínicas,* que incluye el razonamiento diagnóstico (asignar significado a las conductas, signos físicos y síntomas manifestados por un paciente), las deducciones clínicas y la toma de decisiones clínicas.
C) *Pensamiento crítico específico en Enfermería* que es el proceso enfermero.

3 CARACTERÍSTICAS DEL PENSAMIENTO CRÍTICO

Uno de los principales problemas a la hora de pensar es el *egocentrismo*, que impide apreciar los puntos de vista de los demás y ver las limitaciones del nuestro. Confiamos en nuestras percepciones, en que sabemos cómo son las cosas y en que somos objetivos y neutrales en la observación e interpretación de la realidad. Por tanto, nuestra capacidad para pensar puede variar dependiendo de factores personales o de las circunstancias asociadas al momento. Estos factores de carácter personal o situacional pueden determinar nuestra forma de pensar, facilitando o dificultando el proceso de razonamiento.

La ecuanimidad y el desarrollo moral, las habilidades de comunicación y relación, la madurez, percepciones o estados emocionales y los conocimientos en estrategias y toma de decisiones, se identifican como algunos de los factores personales. Como circunstanciales o situacionales, el estrés, nerviosismo, los posibles riesgos, el conocimiento sobre la situación y los recursos disponibles, motivaciones, críticas o la limitación en tiempo, son cuestiones a considerar. Tanto unos como otros van a condicionar nuestro pensamiento. En algún caso, incluso de forma bidireccional, es decir, positiva o negativamente en función de las características personales y del momento. De esta manera, la edad se asocia con la madurez y ésta con mayor habilidad para el pensamiento crítico. Sin embargo, el paso de los años unido a las propias experiencias, pueden hacer que la persona sea rígida en sus planteamientos, sin amplitud de miras o poco dispuesta a buscar nuevas soluciones o alternativas, impidiendo en este caso, el proceso de pensamiento crítico.

Vencer estas limitaciones y mejorar como pensador crítico supone fomentar el desarrollo de determinadas características personales que harán más eficiente el raciocinio que lleve a conclusiones válidas y a alcanzar los objetivos deseados:

Humildad intelectual: ser consciente de los límites del conocimiento personal. Requiere ser sensible hacia los prejuicios, tendencias y limitaciones de nuestro punto de vista, y reconocer los fundamentos lógicos de nuestras creencias o su carencia.

Confianza en la razón: Los intereses propios y colectivos están mejor atendidos basando las ideas y las acciones en el uso de la razón.

Autonomía intelectual: Dominar de forma racional los valores y creencias que uno tiene y las inferencias que uno hace. Implica el compromiso de analizar y evaluar las creencias tomando como punto de partida la razón y la evidencia.

Integridad intelectual: Ser honesto al pensar y someter nuestras ideas y creencias a las pruebas con el mismo rigor que exigimos en los demás.

Entereza intelectual: para enfrentarse y atender con justicia, ideas, creencias o visiones hacia las que no nos sentimos atraídos. Es preciso reconocer que hay ideas que pueden tener justificación racional (en todo o en parte) aunque las consideremos absurdas o peligrosas. También es preciso considerar que hay creencias que nos han sido inculcadas que pueden ser falsas o equivocadas. Esto nos lleva a no aceptar pasivamente todo lo que hemos aprendido.

Empatía intelectual: Es necesario ponerse en el lugar del otro para entenderlo. La empatía está relacionada con la capacidad de construir con precisión los puntos de vista y razonamientos de los demás y el poder razonar a partir de premisas, supuestos e ideas que no son los nuestros.

Imparcialidad: Se tratarán todos los puntos de vista de la misma forma, a pesar de los sentimientos e intereses personales o colectivos.

Perseverancia intelectual: Enfrentarse a la confusión y a los asuntos no resueltos, con adhesión a los principios racionales a pesar de la oposición irracional de otros.

4 ESTÁNDARES INTELECTUALES UNIVERSALES

Para evitar los problemas a los que conduce el *egocentrismo* y los factores que pueden limitar o dificultar el proceso de pensamiento, se plantean unos estándares como la herramienta ideal que permite verificar la calidad del razonamiento sobre un problema o situación. El dominio de estos estándares proporcionará un pensamiento crítico efectivo:

Claridad: Explicar, o hacer las preguntas pertinentes sobre el asunto con orden y coherencia, centrándose en los aspectos relevantes de la cuestión. El pensamiento está íntimamente relacionado con el lenguaje que se emplea para expresar las ideas, por eso es importante ver cómo expresamos nuestro conocimiento para tener una referencia de lo que sabemos.

Exactitud: Un enunciado debe de ser cierto y verificable.

Precisión: Aportar detalle y especificidad a los enunciados.

Relevancia: Plantear cuestiones que afecten directamente al asunto central.

Profundidad: Abordar la cuestión en toda su complejidad atendiendo a los asuntos más importantes y significativos.

Amplitud: Ampliar el análisis a otras perspectivas teóricas, a otros puntos de vista. Ser justo en la utilización de otros puntos de vista y no sesgar hacia intereses personales.

Lógica: Las premisas de un razonamiento se combinan ordenadamente unas con otras para llegar a una conclusión válida.

5 ELEMENTOS DEL PENSAMIENTO CRÍTICO

Cualquier producto intelectual que analicemos, tanto propio como ajeno, está compuesto por unos elementos, no siempre explícitos, que hay que identificar para comprender el asunto tratado:

- **Propósito:** El objetivo del trabajo.
- **Preguntas:** Principales cuestiones a las que está respondiendo el trabajo y que se formulan sobre el objeto de estudio.
- **Información:** Datos, hechos, observaciones, experiencias, opiniones, en las que se basa el autor para llegar a la conclusión final.
- **Conceptos:** Es la representación mental de un objeto. Permite describirlo y clasificarlo. La *idea* es un acto de entendimiento que se limita al simple conocimiento de una cosa. Es una noción elemental que se tiene sobre un objeto.
- **Supuestos:** Son las ideas, creencias o conceptos que se dan por sentados.
- **Puntos de vista:** Perspectiva teórica desde la que se analiza el objeto de estudio; modo de considerarlo.
- **Inferencias/conclusiones:** *Inferir* es deducir o formarse opiniones basándose en la interpretación lógica de los datos[33]. *Conclusión* es una proposición que se pretende probar (válida) y que se deduce de sus premisas, como define el Diccionario de la Lengua Española (DLE). El producto de una inferencia es una conclusión.
- **Implicaciones/consecuencias:** De aceptarse los planteamientos del autor cuál sería el estado de la cuestión.

Fig. 2.1: Elementos de Pensamiento Crítico (Imagen tomada de Paul y Elder, Mini-guía para el pensamiento crítico y Lectura crítica)

6 PENSAMIENTO CRÍTICO EN ENFERMERÍA

Las técnicas de pensamiento crítico pretenden llegar a soluciones eficaces para resolver los problemas planteados en el análisis de los datos. El proceso se basa en la emisión de juicios precisos. Alfaro propone una guía que aplica las herramientas del pensamiento crítico al juicio clínico[33]:

1. Identificar asunciones: Información que se da por verdadera y que no está basada en pruebas. Son supuestos no comprobados.
2. Valoración sistemática y global.
3. Validación de datos: Recoger más datos para verificar que la información obtenida es correcta. Verificar si la información es exacta, real y completa.
4. Distinguir lo normal de lo anormal identificando signos y síntomas.
5. Hacer inferencias: Ayuda a buscar información adicional relevante para validar la inferencia previa. Cuando los datos adicionales confirman la inferencia es porque la conclusión ha sido válida. Una buena técnica para llegar a ellas es plantear opciones alternativas que se vayan descartando hasta quedar con la definitiva. Más datos y más fuentes es más probabilidad de que el juicio sea cierto.
6. Agrupar datos clave: La metáfora del rompecabezas es un buen ejemplo de cómo al juntar las piezas, por colores, las piezas de los bordes, etc., buscando patrones, podemos obtener una imagen más aproximada del conjunto.
7. Distinguir lo relevante de lo irrelevante.
8. Reconocer inconsistencias: Contradicciones entre los datos; generalmente entre los subjetivos y los objetivos.
9. Identificar patrones: Datos presentes durante un periodo de tiempo y que indican un estado de salud concreto.
10. Identificar la información que falta.
11. Identificar factores de riesgo en personas sanas.
12. Diagnósticos reales y potenciales.
13. Establecer prioridades.
14. Determinar resultados centrados en el paciente.
15. Determinar intervenciones personalizadas.
16. Evaluar y corregir.

Esta secuencia de pasos se puede agrupar en las cinco fases del proceso de enfermería, que Potter y Perry entienden como *"un modelo clínico de toma de decisiones"*[29].

7 DESARROLLO DE HABILIDADES DE PENSAMIENTO CRÍTICO

Aplicar el pensamiento crítico implica aprender a conectar el conocimiento y la teoría con la práctica, y esto es una tarea que requiere un cierto entrenamiento. Algunas de las herramientas más útiles son los diarios reflexivos, mapas conceptuales, lectura crítica y reuniones con colegas[29].

7.1 DIARIO REFLEXIVO

Es un documento en el que se van recogiendo experiencias para volver a pensar sobre ellas. Esas experiencias podemos obtenerlas de situaciones que tienen para nosotros especial significación o no han sido resueltas de forma totalmente satisfactoria. Un *diario* nos permite explorar nuestras propias percepciones y sensaciones y comprender así nuestra experiencia. Mejora las habilidades de pensamiento crítico al favorecer la observación, la expresión, la definición y la conceptualización de la experiencia.

Para *elaborar el diario reflexivo* comenzamos tomando nota después de vivir una experiencia clínica significativa. Las notas han de ser eminentemente *descripciones* de hechos concretos (como contando una historia), en las que recabamos los datos sin interpretación previa. Debe ser lo más detallada posible y puede incluir esquemas o dibujos. Ha de incluir sentimientos y pensamientos que se dieron en el momento de la experiencia. La *interpretación*, análisis e inferencias es una fase posterior y diferenciada. En ella se ha de cuestionar cualquier idea preconcebida. Nunca se incluirán datos que identifiquen al paciente.

7.2 MAPAS CONCEPTUALES

Son representaciones visuales de relaciones entre problemas del paciente, y de estos con sus intervenciones correspondientes. El *propósito* es sintetizar datos relevantes de un proceso complejo: valoración, diagnóstico, plan y resultados de evaluación. Mediante un mapa conceptual se aprende a organizar o conectar la información de manera que surjan patrones y conceptos significativos, favoreciendo una visión holística del paciente.

7.3 LECTURA CRÍTICA.

Consiste en analizar un texto (incluso nuestro propio pensamiento en la elaboración de una producción científica) empleando los elementos del pensamiento crítico (apartado 2.4).

7.4 REUNIONES CON COLEGAS (SESIONES CLÍNICAS / SESIONES DE TRABAJO)

La puesta en común de problemas clínicos con colegas pone en juego uno de los condicionantes del pensamiento crítico: el *egocentrismo*. La confrontación de ideas con colegas pone en tensión nuestras ideas preconcebidas y puntos de vista, favoreciendo el ejercicio de analizar los problemas desde diferentes perspectivas.

8 CONCLUSIÓN

El proceso enfermero, como método de intervención ante situaciones susceptibles de cuidados enfermeros, emplea estrategias y herramientas para el razonamiento crítico como son la normalización de la práctica, a través de estándares, guías o documentos normativos que contengan el conocimiento enfermero aplicado a situaciones de salud o a entornos clínicos específicos; el uso de bases de conocimientos, de taxonomías que utilicen terminología profesional; la deontología y la práctica reflexiva.

Como dice Alfaro, es evidente la expansión de los roles relacionados con el *diagnóstico* y manejo de los *cuidados*[34]. La evidencia de que las enfermeras diagnostican y manejan diversas cuestiones y problemas dependiendo de su conocimiento, experiencia y cualificaciones, exige el desarrollo de *competencias en pensamiento crítico* como el proceso cognitivo esencial para dispensar cuidados integrales, seguros y de calidad.

> *"La práctica de Enfermería va más allá del cumplimiento de múltiples tareas rutinarias, requiere de recursos intelectuales, de intuición para tomar decisiones y realizar acciones pensadas y reflexionadas, que respondan a las necesidades particulares de la persona"*[35]

Podemos acabar este capítulo con la definición de toma de decisiones de Benner, cuando dice que es *"un juicio que incluye el pensamiento y la acción críticos y reflexivos y la aplicación de la lógica científica y práctica"*[29].

El uso del pensamiento crítico hará que se presten cuidados más adecuados al fundamentarlos en decisiones más precisas.

III – VALORACIÓN ENFERMERA

Ramón del Gallego Lastra, Jorge Diz Gómez, Mª Antonia López Romero, Francisco Javier Pérez Rivas

1 INTRODUCCIÓN

La valoración es la primera etapa del Proceso de Enfermería y se puede describir como el *"proceso organizado y sistemático de recogida de datos de distintos tipos de fuentes para analizar el estado de salud del cliente"*[36]. La obtención de datos es el paso fundamental para llegar a una valoración correcta de los problemas del paciente. El matemático y filósofo Blaise Pascal decía *"La mayor parte de los errores de los médicos proviene de no malos raciocinios basados en hechos bien estudiados, sino de raciocinios bien establecidos basados en hechos mal observados"*. Es la observación cuidadosa de los hechos la que nos conduce a un conocimiento preciso, ya que como también Kant afirmaba *"Busca hechos y tendrás ideas"*. Hechos y no suposiciones son los elementos en los que tendremos que basar nuestros juicios. Pero antes de continuar, es importante aclarar algunos conceptos que en ocasiones se confunden y pueden dar lugar a errores en el juicio diagnóstico:

Fig. 3.1: Diferencia entre hechos y otro tipo de datos

Esta fase se considera decisiva dado que en ella se asienta el diagnóstico de los problemas y su tratamiento. De su precisión dependerá el correcto cuidado del paciente.

2 FASES DE LA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Para cumplir los objetivos de la valoración es necesario proceder con cierta sistemática:

1º) el método de **obtención de datos**, que denominamos *valoración clínica*[b]

2º) el patrón de **organización de la información**, en nuestro caso serán los *patrones funcionales de salud*.

3º) la **validación de los datos**.

4º) el **registro de los datos**.

2.1 OBTENCIÓN DE DATOS

La obtención de información exige un método sistemático para la recogida de datos que es la valoración clínica. Alfaro recuerda que la recogida debe ser sistemática, precisa, completa, relevante y centrada en un propósito.

Pero antes de analizarlo es necesario detenerse en los tipos de datos que podemos manejar y que imponen distintas técnicas de obtención y análisis de la información.

Dato se define como *"información específica que se obtiene de un usuario"*, y pueden ser de dos *tipos*:

a) *Objetivos:* Se denominan **signos** y son mesurables, obteniéndose mediante la objetivación a través de instrumentos de medida o la observación del profesional.

b) *Subjetivos:* Se denominan **síntomas** y son producidos por apreciaciones del paciente y no pueden ser objetivados y por tanto medidos con escalas cuantitativas.

Además, es preciso distinguir la procedencia de dicha información, que surge de dos tipos de *fuentes*:

a) *Directas o Primarias:* cuando la información se obtiene directamente del paciente. La familia o la comunidad pueden ser fuentes primarias cuando ellas son el objeto a estudio.

b) *Indirectas o Secundarias:* los familiares del paciente, el equipo sanitario, la historia clínica, bibliotecas (libros), hemerotecas (revistas, documentos, artículos) y todos los datos previamente elaborados.

2.1.1 VALORACIÓN CLÍNICA

Es el método que permite la obtención de los datos y que consta de (ver capítulo 4):

1º) **Entrevista clínica** o anamnesis: obtención de datos mediante la conversación.

2º) **Exploración física**: comprende la obtención de datos mediante los órganos de los sentidos

   a. vista: inspección
   b. tacto: palpación
   c. oído: auscultación y percusión

b Denominamos *valoración clínica* como al conjunto de técnicas que sirven para obtener información clínica (entrevista, exploración física y pruebas complementarias) y que la propedéutica clásica denomina Examen clínico. Nuestra elección se justifica en la necesidad de mantener una coherencia terminológica con la primera etapa del proceso enfermero.

3º) **Exploraciones complementarias** (datos de laboratorio; diagnóstico por la imagen; electrocardiografía; etc.). La enfermera realiza algunas pruebas complementarias en su práctica clínica, aunque la mayoría de ellas suelen ser prescritas por el médico.

2.2 ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS: PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

Quizás la clave del juicio enfermero esté en la forma de organizar los datos. Organizar implica agrupar información según ciertas categorías específicas que nos permitan buscar patrones de normalidad o anormalidad. Y esto tiene que ver con la disciplina enfermera, con los modelos de enfermería, porque las categorías clasificatorias son reflejo de la forma en la que pensamos como enfermeros. Enfermería busca la prestación de cuidados integrales y para ello necesita un modelo de valoración específico que permita agrupar los datos con los que identificará problemas de salud que requieran de cuidados enfermeros. Los Patrones Funcionales de Salud (PFS) de Marjory Gordon son el modelo elegido por muchos sistemas sanitarios y el que estudiaremos en profundidad en esta asignatura. Son los comportamientos que una persona, familia o comunidad realiza para mantenerse sana y en equilibrio biológico, psicológico y social y que se reproducen a lo largo del tiempo. Profundizaremos en este concepto en el apartado 3.3 de este libro.

2.3 VALIDACIÓN DE DATOS

La validación consiste en el acto de *verificar los datos* obtenidos[19]. Las tareas que implica la validación son:

1º. Garantizar que la información es *completa.*
2º. Garantizar que los datos objetivos y subjetivos son *coherentes* entre sí.
3º. Obtener *información adicional*. Es más seguro sustentar los juicios en más de un dato clave.
4º. Diferenciar entre un *dato* y una *inferencia* (interpretaciones o conclusiones basadas en los datos).
5º. Evitar conclusiones precipitadas.

En conclusión, la validación debe garantizar que los datos que se obtienen y se dan por válidos son completos y objetivos y no consisten en suposiciones y conclusiones fallidas basadas en datos parciales, para lo que son de gran ayuda las técnicas de pensamiento crítico.

2.4 REGISTRO DE LOS DATOS

El **registro escrito** de todo el proceso asistencial del paciente es un elemento esencial de la práctica clínica. El requisito de documentar por escrito todos los acontecimientos se debe a que esto permite[36]:

1) Establecer un mecanismo para la comunicación entre los miembros del equipo.

2) Coordinar las intervenciones y dar continuidad a los cuidados.

3) La revisión posterior de la información para la evaluación de la atención al paciente.

4) Crear un registro permanente de la asistencia prestada con valor legal.

5) Proporcionar la base para la investigación en enfermería.

Por todo ello ha sido tradicional en las profesiones sanitarias documentar su práctica y esto ha sido sancionado por la legislación sanitaria, que exigía a los médicos documentar el acto clínico

en el historial del paciente. Enfermería, se ha incorporado a esa legislación muy recientemente como veremos en este apartado.

La **documentación clínica**, tal como indica la Ley de autonomía del paciente y de documentación clínica en su artículo tres, se define como *"el soporte de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial"* [37]. Asimismo, denomina **historia clínica** al *"conjunto de documentos que contienen datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial"* (Ley 41/2002, art.15.1.).

2.4.1 CONTENIDO DE LA HISTORIA CLÍNICA

Por primera vez, tras la aparición de esta ley en 2002, la información que obtiene la Enfermería tras la valoración y consiguiente juicio clínico debe ser registrada y archivada en la historia clínica, que *"…tendrá como fin principal facilitar la asistencia sanitaria, dejando constancia de todos aquellos datos que, bajo criterio médico, permitan el conocimiento veraz y actualizado del estado del paciente"* (Ley 41/2002, art.15.1.). La información debe ser ordenada y secuencial y constará en una serie de documentos dentro de los cuales los de uso más habitual son:

a) Anamnesis y exploración física

b) Evolución

c) Órdenes médicas

d) Informes de exploraciones complementarias

e) Evolución y planificación de cuidados de enfermería

f) Aplicación terapéutica de enfermería

g) Gráfico de constantes

h) Informe clínico de alta

Esta historia clínica debe incluir *"...la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en [la elaboración de la documentación], con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos en el ámbito de cada centro"* (Ley 41/2002, art.14.1).

2.4.2 CONTENIDO DEL INFORME DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

El Real Decreto de conjunto mínimo de datos del Sistema Nacional de Salud[38] recoge en su anexo VII que el informe de enfermería debe incluir mención expresa de la enfermera responsable y la institución en la que se está desarrollando el proceso asistencial, así como cada uno de los siguientes apartados:

1. Valoración de enfermería
2. Fecha de Alta/Derivación
3. Datos de filiación del paciente: nombre, fecha de nacimiento, sexo, nº de historia clínica, domicilio, persona de referencia y teléfono de referencia.
4. Datos clínicos del paciente:
    a. causas que generan la actuación de enfermería

b. antecedentes y entorno (centrándose en la información relevante): Enfermedades previas; intervenciones quirúrgicas; tratamientos farmacológicos; vacunaciones; factores personales, familiares, sociales, culturales y laborables destacables
c. Diagnósticos enfermeros[c] resueltos que resulten de interés en el proceso actual
d. Protocolos asistenciales en los que está incluido
e. Valoración activa y modelo de referencia: indicando los datos más recientes y las escalas y test utilizados y ajenos al modelo de valoración inicial
f. Diagnósticos enfermeros activos
g. Resultados de enfermería[d]
h. Intervenciones de enfermería[e]
i. Cuidador principal: indicando el nombre y la relación con el paciente (familiar, cuidador externo, …)
j. Información complementaria/observaciones: debe indicarse la presencia de dispositivos como sondas, prótesis, dietas especiales y cualquier información relevante respecto a la aplicación de intervenciones activas.

2.4.3 USO DE LA HISTORIA CLÍNICA

En el artículo 15.3 esta ley deja patente que no solo el médico es el profesional que incluye información en la historia clínica, sino todo aquel que está relacionado con el proceso asistencial, como el de Enfermería: *"La cumplimentación de la historia clínica, en los aspectos relacionados con la asistencia directa al paciente será responsabilidad de los profesionales que intervengan en ella"* (Ley 41/2002, art.15.3). Por eso es obvio que todos *"...los profesionales asistenciales del centro sanitario que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente tienen acceso a la historia"* (Ley 41/2002, art.16.1), quedando inmediatamente *"...sujeto al deber de secreto"* (Ley 41/2002, art.16.6).

La importancia y sensibilidad de la información que recoge la historia clínica hace que sea fundamental el cuidadoso archivo de estos documentos, *"de manera que queden garantizadas su seguridad, su correcta conservación y la recuperación de la información"*; lo que corre a cargo de los centros sanitarios donde es atendido el paciente (Ley 41/2002, art.14.2), "bajo la responsabilidad de la dirección del centro sanitario" (Ley 41/2002, art.17.4) o de los propios profesionales si ejercen de manera individual (Ley 41/2002, art.17.5).

2.4.4 CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

La enfermera ha de tener muy en cuenta el derecho que tiene el paciente a la intimidad y confidencialidad de la información sobre él. La Ley de autonomía del paciente y de documentación clínica (Ley 41/2002, art.2.7), establece entre sus principios básicos, que *"la persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida"; lo que implica que "toda persona tiene derecho a que se respete el*

c Indicar el diagnóstico NANDA literalmente más su código.

d Indicar literalmente el NOC y su código.

e Indicar literalmente la NIC y su código.

carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley" (Ley 41/2002, art.7.1).

Estos derechos del paciente son recordados y reforzados como deberes de los profesionales en la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias [5], que en su artículo 5. 1. c, dice: *"Los profesionales tienen el deber de respetar la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado y deben respetar la participación de los mismos en las tomas de decisiones que les afecten. En todo caso, deben ofrecer una información suficiente y adecuada para que aquellos puedan ejercer su derecho al consentimiento sobre dichas decisiones"*.

3 TÉCNICAS DE VALORACIÓN DEL PACIENTE

La *valoración inicial* del paciente (ingreso hospitalario, consulta de atención primaria o cuidados domiciliarios) debe realizarse mediante una obtención de datos global de todos los aspectos relevantes clínicamente. Esta *valoración general* garantiza el conocimiento integro de todos los patrones funcionales del paciente y sus interrelaciones, de manera que podamos tener una visión holística de la persona y sus necesidades. Más adelante podremos realizar una *valoración focalizada* para profundizar en el conocimiento de aspectos específicos del paciente (dolor, movilidad, sueño, etc.)[39,40]. Ahora bien, las circunstancias clínicas pueden aconsejar alterar este principio general, e iniciar la relación clínica con una actividad puntual, como ocurre en la atención a una emergencia y nuestro foco de atención se centra en necesidades vitales, como garantizar la respiración o la contención de hemorragias, o cuando una persona acude por primera vez a una consulta de atención primaria para que sean retirados unos puntos de sutura. En estos casos la atención inicial se centra en el problema que motiva la consulta o la emergencia clínica. No obstante, la regla general debe mantener el objetivo de garantizar un conocimiento holístico de la situación clínica del paciente en el que basar una atención integral de la persona.

3.1 ENTREVISTA CLÍNICA

Es la recolección de todos los datos personales y familiares del paciente, relacionados con la salud, que se realiza a través de una conversación. En ella ocupan un lugar destacado los datos subjetivos: los *síntomas*. Se habla también de **anamnesis** (del griego *ana*, hacia arriba, hacia atrás, otra vez, y *mnesis*, memoria, recuerdo) puesto que es una recopilación de todos los datos anteriores al acto clínico. Supone el primer paso en la valoración y en ocasiones la primera vez que se ve al paciente. Por tanto, es el momento de plantear los primeros criterios en los que se va a basar la futura relación enfermera-paciente. La entrevista cumple cuatro propósitos en el contexto del Proceso de Enfermería:

1) Permite a la enfermera adquirir información específica, necesaria para el diagnóstico y la planificación.

2) Facilita la relación enfermera-paciente creando una oportunidad de diálogo.

3) Permite al paciente recibir información y participar en la identificación de problemas y fijación de objetivos.

4) Ayuda a la enfermera a determinar áreas de valoración específica durante los otros componentes del proceso de valoración.

En conclusión, es imprescindible considerar que la entrevista añade a una función *exploratoria*, la *relacional* y otra *comunicativa*. Por eso al realizar una entrevista es imprescindible atender a tres factores:

3.1.1 FACTORES QUE AFECTAN A LA ENTREVISTA

3.1.1.1 FACTORES AMBIENTALES

Es necesario iniciar la entrevista considerando la *comodidad* del paciente, bien en la cama, si es el caso, o facilitando una silla cómoda frente a la enfermera en la consulta. Evitar el estar de pie (superioridad, desinterés o precipitación). Procurar una buena temperatura e iluminación.

Buscar el *momento adecuado* en el que el paciente se encuentre cómodo, evitando los momentos de mucha actividad clínica, comidas y periodos de descanso, o bien episodios de dolor, ansiedad, etc.

Otro factor importante es garantizar la *intimidad* para que el paciente pueda facilitar información completa y recibir la ayuda precisa; siendo imprescindible evitar las interrupciones.

3.1.1.2 COMUNICACIÓN

Se define como *"el intercambio de ideas y de información"*. El objetivo de toda comunicación es que el receptor entienda el mensaje del emisor en la intención de éste. Ello requiere un *mensaje preciso*, para lo que se dará simplemente la información necesaria que no sature al paciente, completándola en otro momento si es necesario.

El otro requisito es que el mensaje sea *comprensible*, para lo que hay que asegurarse de las capacidades del paciente para la recepción y comprensión del mensaje, siendo necesario utilizar un *lenguaje adecuado* para el interlocutor.

3.1.1.3 TÉCNICAS DE ENTREVISTA

Las técnicas más utilizadas por la enfermera son las **verbales**. Se debe comenzar con *preguntas abiertas* que permiten a la persona hablar de su problema principal informando de todas sus percepciones y valoraciones. Se progresa por los distintos apartados con preguntas generales y se va concretando conforme se precisa focalizar la información con *preguntas cerradas*.

Se deben evitar los juicios que conducen a suposiciones erróneas y las preguntas que condicionan la respuesta: "Comerá sin sal", "no tomará grasas, con el sobrepeso que tiene", "Se ducha todos los días, ¿verdad?"

Respetar los *silencios* permitirá dar confianza y tiempo al paciente para que elabore el mensaje que quiere transmitir.

Las técnicas **no verbales** a menudo transmiten un mensaje más eficaz que la palabra hablada. Los componentes no verbales son la *expresión facial*, la *posición corporal*, el *tacto*, la *voz*, el *silencio* y la forma activa de *escuchar*.

El mensaje no verbal tiende a aceptarse con más facilidad. Y así, mientras las palabras van en un sentido, la expresión puede transmitir desinterés, sentimiento de superioridad, desagrado, prisa, desconfianza, etc. Por eso es fundamental que coincida la comunicación verbal con la no verbal.

3.1.2 FASES DE LA ENTREVISTA

Lo principal de cualquier parte de un método es que tenga estructura y orden, y el esquema más utilizado en Enfermería[f] es[41]:

f El esquema clásico de la entrevista médica incluye el motivo de la consulta, antecedentes personales y familiares, tanto fisiológicos como patológicos, historia de la enfermedad actual y una recapitulación final.

A INICIO

Es la fase de presentación, para lo cual es importante dirigirse al paciente transmitiendo cercanía e interés, pero sin resultar paternalista ni utilizar términos que puedan causar rechazo en el paciente (uso de términos coloquiales y familiares que imponen el sesgo ideológico del entrevistador sin considerar previamente el del paciente).

Se inicia con el saludo y presentación, informando de la actividad que se va a desarrollar y de sus objetivos (diagnósticos y terapéuticos), solicitando a continuación su permiso por si él considera este momento inadecuado por alguna razón (dolor, ansiedad, visita muy esperada, etc.).

Se le hace al paciente un breve resumen de la información de la que se dispone sobre él. Esto permite transmitir confianza al paciente y comenzar a abordar los temas principales de la entrevista.

Si no se dispone de información previa se suelen formular tres preguntas clásicas: *¿cuál es su molestia/queja/motivo de consulta?, ¿desde cuándo le ocurre?, ¿a qué lo atribuye?* Esto permite centrarse en el problema que el paciente considera más importante y situarlo en un contexto temporal y clínico.

B CUERPO

Plantear los temas siguiendo un *orden*. Los patrones funcionales de salud de M. Gordon proporcionan una base ideal para la obtención de información pertinente. Se plantean *preguntas abiertas* para que el paciente pueda ir progresando en un discurso fluido por sus problemas de salud.

Si es necesario *reconducir temas,* que siendo candentes para el paciente pueden desviarnos del interés central de la entrevista, una técnica adecuada es reformular problemas que él ha planteado pidiendo que nos aclare dudas: “no sé si lo he entendido bien…”, “¿se refiere a…?”, “¿lo que quiere decir es…?”, “ahora me gustaría que me contase…”.

Una regla mnemotécnica útil para hacer un análisis completo de los problemas del paciente es la representada por las letras *PQRST*:

P: *Provocación/paliación*. ¿Qué lo causa? ¿Qué lo mejora? ¿Qué lo empeora? ¿Con qué intensidad se presenta?

Q: ¿Qué carácter e intensidad tiene? ¿Cómo se siente, ve o suena?

R: *Región e irradiación*. ¿Dónde está? ¿Hacia dónde se extiende?

S: *Seriedad (gravedad)*. ¿Entorpece las actividades? En una escala de gravedad del 1 al 10 ¿Qué calificación tendría?

T: *Temporalidad*. ¿Cuándo empezó? ¿Con qué frecuencia se presenta? ¿Es repentino o gradual?

Es importantísimo ir tomando *notas*, sin perder mucho tiempo el contacto visual con el paciente, sobre sus comentarios sin hacer juicios de valor y entrecomillando las expresiones del paciente si consideramos que son pertinentes. El *registro* es más cómodo si se realiza sobre un formato estandarizado que nos asegura el recoger información completa.

C CIERRE

Se resumen los datos más significativos y se plantean las primeras pautas de la planificación. Se realiza una pregunta abierta y muy general del tipo: ¿Considera que debo saber algo más y que no le he preguntado?, que permite abordar temas olvidados o espinosos, que han podido no ser formulados, por pudor u otros motivos, y que el paciente cree preciso tratar.

Se debe concluir de forma positiva y dejando la puerta abierta a próximas citas si ha quedado algo pendiente y la charla se alarga en exceso, o problemas que el paciente recuerde más adelante y quiera tratar.

3.2 EXPLORACIÓN FÍSICA

Al ser la exploración física la obtención de datos mediante el uso de los sentidos del profesional se requiere para ello un lugar tranquilo, confortable y con buena luz y temperatura, de manera que profesional y paciente puedan estar relajados y cómodos.

3.2.1 INSPECCIÓN

La inspección es el examen que se le efectúa al paciente por medio de la vista. Es importante una atención concentrada, evitando gestos que indiquen un hallazgo desfavorable o búsqueda infructuosa.

La inspección se inicia con una visualización general (inspección general) que es una primera ojeada "a distancia", ya que una inspección minuciosa de primeras puede ocultar rasgos de interés general. La observación se puede realizar con la siguiente pauta:

- Talla, peso y constitución física.
- Estado aparente de salud: paciente postrado, débil, frágil, etc.
- Grado de conciencia.
- Expresión facial.
- Signos de sufrimiento (gestos de dolor, posturas antiálgicas, respiración dificultosa, etc.).
- Piel y lesiones evidentes.
- Higiene personal e indumentaria; olor corporal y aliento: estos datos pueden informar sobre la situación mental y estado emocional del paciente.
- Postura, actividad motora, marcha.

Por último, si la situación del paciente lo requiere se realiza una inspección local por regiones topográficas donde se estudian más en detalle hallazgos anteriores o lesiones que el paciente nos refiere.

3.2.2 PALPACIÓN

Es el método de exploración que se vale del sentido del tacto; se realiza mediante la aplicación de una o ambas manos sobre la superficie del cuerpo para el examen de estructuras normales o patológicas que se encuentran debajo de la piel o de cavidades de pared flexible, como el abdomen y escroto. La palpación de una cavidad natural mediante uno o varios dedos se denomina *tacto* (faringe, vagina o recto).

La palpación ha de seguir y completar a la inspección, nunca sustituirla. Para proceder a ella se han de colocar las manos sobre la piel del individuo como si fuéramos a acariciarle, con las manos tibias y las uñas cortadas. Generalmente se inicia con una palpación superficial, en la que se deprimen los tejidos hasta 1 cm, y, si fuese necesario, continuar con la profunda, con la que comprimimos los tejidos en torno a 4 cm. El punto doloroso siempre se explora al final.

3.2.3 PERCUSIÓN

Consiste en la audición, a cierta distancia, de los sonidos provocados al golpear un lugar de la superficie corporal. El método fue descubierto por Auenbrugger (1761), hijo de un bodeguero, que comenzó a imitar la técnica que se utilizaba para medir el nivel de los toneles, golpeando sobre la pared del barril. Se aplica en órganos que contienen aire, como tórax y abdomen, ya que es ahí donde las vibraciones que se producen al percutir se hacen audibles. Las estructuras que tienen más contenido aéreo proporcionan un sonido más agudo (timpánico) y las macizas más grave (mate).

La percusión se realiza generalmente golpeando con un dedo, que se denomina percutor, sobre otro que interponemos a la superficie del cuerpo, y que se denomina plesímetro.

3.2.4 AUSCULTACIÓN

Consiste en aplicar el sentido del oído para recoger todos aquellos sonidos o ruidos que se producen en los órganos. Aunque Hipócrates ya describió algunos sonidos audibles, se atribuye a Laennec (1781-1826) el descubrimiento de esta técnica, junto a la utilización del estetoscopio.

La técnica más utilizada hoy en día es mediante el fonendoscopio biauricular que permite concretar localizaciones exactas y focalizar el sonido de estructuras concretas. El uso principal es la auscultación cardiaca y respiratoria, aunque también es frecuente la auscultación de los ruidos provocados por los movimientos peristálticos del intestino.

4 VALORACIÓN DE SIGNOS VITALES

Los signos vitales son un conjunto de parámetros con los que podemos valorar las funciones esenciales del organismo como son la temperatura, pulso, tensión arterial y respiración. Aunque tradicionalmente se han considerado estos cuatro signos, recientemente varias sociedades científicas han abogado por la incorporación de la valoración del dolor, desde que, en 1995 James Campbell, presidente de la Sociedad Americana del Dolor, propuso que el dolor fuera valorado como *"quinto signo vital"*[42] y formar parte las gráficas de registros clínicos. En el 2001 la Joint Commission for the Accreditation of Health Organizations (JCAHO) estableció unas nuevas normas para el manejo del dolor en los pacientes hospitalizados. De ahí en adelante se conoce el manejo de dolor como el quinto signo vital.

4.1 TEMPERATURA

El estudio clínico de la temperatura del cuerpo se inicia con Ludwig Traube (1818-1876) en 1851, cuando se publica la primera gráfica térmica junto con la del pulso y la frecuencia respiratoria. La temperatura refleja el equilibrio entre la producción y la pérdida de calor del organismo y su valor más importante es el de la *temperatura central,* que es aquella que tienen los órganos internos. Por razones prácticas la valoración clínica se realiza en zonas externas, que son más accesibles, pero que deben cumplir la condición de estar bien vascularizadas con la finalidad de medir una temperatura lo más parecida posible a la central. Estas zonas son boca, recto, axilas, tímpano y piel sobre la arteria temporal. Las zonas que mejor correlacionan con la temperatura central son

la timpánica y la temporal, aunque la primera presenta cierta imprecisión debido a la técnica empleada o a la presencia de cerumen.

Los valores normales de la temperatura corporal varían de unas zonas a otras[43]:

- Axila: 36,5°C
- Boca, tímpano o arteria temporal: 37°C
- Recto: 37,4°C

4.1.1 TIPOS DE TERMÓMETRO

El termómetro que se empleaba tradicionalmente era de vidrio y mercurio, pero desde abril de 2009 ha sido prohibida su comercialización por la peligrosidad del mercurio. Hoy en día los termómetros que más se utilizan son los electrónicos, que se emplean para la medición axilar, oral o rectal, y los de infrarrojos, que miden el calor que emite un cuerpo en forma de radiaciones infrarrojas y se registra la temperatura en el tímpano o en la arteria temporal a su paso por la frente. También existen termómetros químicos que utilizan sustancias tornasol de cristal líquido u otras sustancias que cambian de color con la temperatura[19].

4.1.2 TÉCNICA DE MEDICIÓN DE LA TEMPERATURA

Después de informar al paciente y comprobar que la superficie donde se va a tomar la temperatura está limpia y seca:

Axila: Se coloca la ampolla del termómetro en el centro de la axila.

Boca: Se coloca la ampolla a uno de los lados del frenillo de la lengua.

Recto: El paciente se coloca decúbito lateral. El profesional se coloca guantes; introduce el termómetro rectal, sin forzar el paso y pidiendo al paciente que respire profunda y lentamente, y a una profundidad de unos 3,5 cm en el adulto.

Tímpano: Con el fin de alinear el conducto auditivo, en el adulto se tira ligeramente de la oreja hacia arriba y hacia atrás y en el niño menor de 3 años se tira hacia abajo y hacia atrás. La sonda se introduce lentamente en dirección al tímpano hasta que queda ajustada.

Temporal: Se coloca la sonda en la frente por encima de la ceja. Se desliza el sensor lentamente, mientras se mantiene pulsado el botón de escaneado, hasta llegar a la parte superior de la oreja.

4.2 RESPIRACIONES

En las gráficas de signos vitales se registra la frecuencia respiratoria. El resto de las características de la respiración, profundidad, ritmo, etc., serán analizadas en profundidad en el capítulo XVI, correspondiente a la "Valoración del Patrón actividad-ejercicio".

4.2.1 MEDICIÓN DE LA FRECUENCIA RESPIRATORIA

La valoración de la respiración se realizará con el paciente en reposo y se cuenta una inspiración y una espiración, es decir una respiración completa. Se puede medir observando la pared torácica del paciente o mediante auscultación. La frecuencia respiratoria normal oscila entre 12 y 20 respiraciones por minuto (rpm), aunque puede variar debido a actividad física, estrés y temperatura ambiente elevada. El aumento de la frecuencia respiratoria se denomina *taquipnea* y la disminución *bradipnea.*

También se debe considerar el patrón respiratorio normal del paciente, así como diversos factores que puedan alterar la respiración como los problemas de salud que padezca y la medicación que pueda interferir con la respiración.

4.3 PULSO ARTERIAL

El estudio del pulso adquiere relevancia clínica con la obra de Solano de Luque (Montilla, Córdoba, 1684, Antequera 1738) "Observaciones sobre el pulso".

4.3.1 MEDICIÓN DEL PULSO ARTERIAL

El pulso arterial es la onda de presión que se produce por el flujo arterial de la sangre. Se puede medir por la palpación de cualquier arteria superficial que descanse sobre un plano relativamente duro, pero la zona más habitual es el "canal del pulso" situado a nivel de la muñeca y entre el tendón del supinador largo por fuera y el palmar mayor por dentro. Para una palpación más eficaz del pulso la muñeca debe estar algo flexionada, sobre ella se colocan los pulpejos de los dedos índice y medio (que son las zonas que mayor sensibilidad tienen) y con el pulgar haciendo una pinza, con la que presionar moderadamente la arteria.

4.3.1.1 OTROS LUGARES DE MEDICION DEL PULSO ARTERIAL

Siguiendo un orden con sentido cráneo- caudal, podemos encontrar una arteria superficial (salvo en la auscultación cardiaca) que nos permita medir el pulso arterial, en las siguientes localizaciones:

A) Pulso temporal: Se palpa en el lado superior y lateral del ojo, lugar por el que la arteria cruza el hueso temporal.

B) Pulso carotídeo: Se palpa en la parte lateral del cuello, hacia el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo, siendo más palpable cerca del ángulo de la mandíbula. Se utiliza frecuentemente, y siempre que se pretenda valorar el aporte sanguíneo al cerebro (parada cardiaca).

C) Pulso central o apical: Se ausculta en la punta cardiaca que en el adulto normalmente se palpa en el 5º espacio intercostal izquierdo (4º en niños y 6º en ancianos), sobre la línea media clavicular o un poco más adentro.

D) Pulso braquial: Se mide en la cara interna del músculo bíceps braquial. Se encuentra unos centímetros por debajo de la axila en la cara interna del brazo o en la parte media del espacio antecubital. En esta zona se toma generalmente la tensión arterial.

E) Pulso femoral: Se palpa en la ingle, aproximadamente en el punto medio del ligamento inguinal. Se emplea a menudo en la valoración de la circulación hacia el miembro inferior.

F) Pulso poplíteo: Se efectúa la palpación detrás de la rodilla, en el hueco poplíteo. Se palpa la arteria más fácilmente cuando el paciente flexiona la rodilla y el dedo de la enfermera presiona en el centro del hueco poplíteo. Se emplea para tomar la tensión arterial.

G) Pulso pedio: Se localiza presionando el empeine sobre una línea imaginaria trazada desde la parte media del tobillo al espacio interdigital del primer y segundo dedo. Se emplea para valorar la perfusión del pie.

H) Pulso tibial posterior: Se localiza en la zona media del tobillo, donde la arterial tibial posterior pasa por detrás del maléolo tibial.

4.3.2 CARACTERÍSTICAS DEL PULSO. VALORES NORMALES

Al palpar el pulso se valora principalmente la frecuencia cardiaca, ritmo y volumen.

Frecuencia cardiaca: Se cuentan las pulsaciones de un cuarto o medio minuto y se multiplica por 4 o 2 la cifra obtenida. También se puede contar durante 30 segundos contando 15 y comprobando los otros 15. Si el pulso es muy rápido, se puede contar durante 5 segundos, ya que al utilizar monosílabos es más fácil contar. El pulso se hace incontable a una frecuencia superior a 180 latidos por minuto (lpm).

La frecuencia cardiaca normal en el adulto se estima entre 60 y 100 lpm; con frecuencias superiores a 100 lpm hablamos de *taquicardia*, y cuando son inferiores a 60 de *bradicardia.*

Ritmo: Las pulsaciones normales se suceden con latidos e intervalos regulares entre ellos. Los trastornos del ritmo regular se llaman *arritmias* y pueden consistir en latidos irregulares aleatorios o un patrón de latidos irregulares.

Volumen: Es la medida de la cantidad de sangre que llena la arteria tras la eyección cardiaca y tiene relación con el volumen de la masa sanguínea y el tono arterial. Cuando se palpa un volumen potente hablamos de pulso lleno o saltón. El débil cuando es apenas palpable y se denomina filiforme si a la palpación notamos como si tocáramos un hilo.

4.4 TENSIÓN ARTERIAL

En 1783 el obispo anglicano Stephen Hales observó las oscilaciones de la presión sanguínea de una yegua, mediante punción de la carótida conectada a un tubo de vidrio donde entraba la sangre. En 1886 Scipione Riva-Rocci diseñó el actual esfigmomanómetro, que es un método incruento que permite observar la oscilación de la columna de Hg conforme la presión máxima ejerce fuerza sobre el brazalete. En 1905 el médico ruso Nicolai-Sergievic Korotkoff presenta en la Academia de San Petersburgo su método para auscultar la presión sanguínea, describiendo los cinco tonos de que consta. Posteriormente Von Recklinghausen perfeccionó el esfigmomanómetro, y aplica definitivamente el brazalete de 12,5 cm[44].

La *presión sanguínea (PA)* mide la fuerza de la sangre contra las paredes de las arterias, mientras que la *tensión arterial (TA)* es la reacción elástica de la arteria a dicha presión. Aunque son conceptos diferentes su valor es el mismo y esos términos se emplean indistintamente en la clínica.

El volumen de expulsión sistólico da los valores de la tensión máxima o sistólica (TAS) y su valor de normalidad es <130 mmHg aunque el óptimo se considera cuando es <120mmHg. La resistencia periférica, regula los valores de la tensión mínima o diastólica (TAD); el valor normal es <85mmHg siendo el óptimo <80mmHg. La diferencia entre la sistólica y la diastólica se denomina presión diferencial o *presión del pulso (PP)*, y su valor normal es de unos 40 mmHg; aumenta en el envejecimiento por la pérdida de la elasticidad arterial propia de la edad y disminuye en hemorragias y en la insuficiencia cardiaca grave[19,45].

4.4.1 MEDICIÓN DE LA TENSIÓN ARTERIAL

La medición se realiza con un *esfigmomanómetro*, y un *fonendoscopio* (en los equipos digitales es sustituido por un sensor integrado en el manguito). El esfigmomanómetro se compone de un manguito de tela no distensible y con cierre generalmente de velcro; una bolsa neumática o *vejiga* que se infla mediante una pera de goma que dispone de una válvula de cierre y que está conectada a un manómetro aneroide o digital que indica la presión en milímetros de mercurio. El principio de funcionamiento es que el esfigmomanómetro, colocado sobre una arteria de gran

tamaño (normalmente la arteria braquial) que descanse sobre un plano óseo, ejercerá sobre esa arteria la misma presión que ella ofrece al paso de la sangre.

Para que la medición de la TA sea exacta, manguito y vejiga deben tener unas dimensiones concretas respecto al brazo en el que se mide. La vejiga deberá de cubrir al menos el 80% de la parte superior del brazo de un adulto y de todo el brazo en un niño. La anchura de la vejiga será de aproximadamente el 40% de la circunferencia del brazo. Una vejiga demasiado estrecha da lecturas erróneamente elevadas, mientras que si es demasiado ancha las lecturas son erróneamente bajas. Las dimensiones correctas son:

<1 año	2 cm
1-4 años	5-6 cm
4-8 años	8-9 cm
Adulto normopeso	12-13 cm
Obeso	14-15 cm
Muy obeso	16-18 cm

Tabla 3.1: Dimensiones de la vejiga neumática según edad

La vejiga va en el interior del manguito neumático cuyo largo oscila entre 30 y 40 cm, de forma que pueda dar vuelta y media alrededor del brazo.

Los tubos de conexión serán elásticos y no superarán los 15 cm de longitud. Las válvulas de conexión y control serán metálicas y quedarán bien fijadas de forma que no haya fugas de aire[19,43].

4.4.1.1 CONDICIONES PARA LA MEDICIÓN DE LA TENSIÓN ARTERIAL

El ambiente debe ser cómodo, relajado y tranquilo; la temperatura debe ser agradable y no debe haber exceso de ruidos.

La persona debe permanecer 30 minutos antes de la medición sin haber tomado alcohol, fumado, comido, estado expuesto al frío, realizado ejercicio, expuesto al estrés o a emociones.

Debemos de valorar también la presencia de dolor, postura incómoda, personas extrañas en la habitación, alteración del sueño, ingesta de fármacos que alteren potencialmente la tensión arterial (bicarbonato, simpaticomiméticos, esteroides, antidepresivos, descongestivos nasales, anticonceptivos orales, etc.). Es aconsejable que el paciente haya evacuado la vejiga urinaria previamente.

4.4.1.2 COLOCACIÓN DE LA PERSONA

La persona puede adoptar la posición en decúbito o sentada cómodamente en una habitación caliente, tranquila y relajada y sin cruzar las piernas por las rodillas. No es adecuado tomar la TA con la persona en bipedestación.

Colocar el brazo, en ligera abducción y flexión, apoyado cómodamente en un plano horizontal, a la altura aproximada del corazón (si se encuentra por debajo, eleva la cifra de la tensión sistólica), con la mano abierta y la palma hacia arriba. Rutinariamente se utiliza el derecho que da valores un poco superiores. Si la diferencia es mayor a 10 mm Hg. se toma donde es más elevada.

El manguito vacío de aire se coloca en el brazo 2 o 3 cm por encima de la fosa antecubital. Es importante asegurar que nada realiza compresión por encima del manguito (ropa demasiado apretada), pero el fonendoscopio siempre debe descansar sobre la piel del espacio antecubital.

4.4.1.3 TECNICA DE MEDICION DE LA TENSION ARTERIAL

La medición de la TA con un manómetro aneroide suele hacerse por el método auscultatorio o palpatorio, este último en caso de que no sean audibles los ruidos de Korotkoff y no se disponga de un dispositivo digital.

A MÉTODO AUSCULTATORIO

El cirujano ruso Nicolai-Sergievic Korotkoff descubrió que la auscultación de la arteria que quedaba presionada por el esfigmomanómetro provocaba 5 ruidos (*ruidos de Korotkoff*). El paso de la sangre por una arteria libre de obstáculos es silencioso, pero al ser obstruido su paso por la acción del esfigmomanómetro se producen los siguientes sonidos:

- PRIMERA FASE: Cuando la presión del esfigmomanómetro iguala la presión sistólica, aparece el primer ruido regular, que va aumentando de intensidad los siguientes.
- SEGUNDA FASE: Aparece un soplo que acompaña a los ruidos, pudiendo ser escasamente perceptible.
- TERCERA FASE: Desaparece el soplo y se vuelven a percibir unos ruidos nítidos como en la primera fase.
- CUARTA FASE: Disminución gradual de la intensidad de los ruidos y tono de los mismos.
- QUINTA FASE: Desaparición completa de los ruidos; momento que coincide con la presión diastólica.

Colocamos el fonendoscopio en la fosa antecubital, cerca del tendón del bíceps para auscultar la arteria braquial. Se infla el esfigmomanómetro unos 20-30 mmHg por encima de la tensión habitual del paciente (en caso de ser la primera vez que medimos su TA y desconocemos su valor, utilizaremos el método palpatorio para registrarla). Se descomprime progresivamente y a una velocidad de unos 2 mmHg por segundo. Percibiendo los ruidos de Korotkoff, siendo especialmente significativos el 1º, 4º y 5º.

Aunque la recomendación de la OMS es reconocer el inicio de la quinta fase, hay autores que consideran que la verdadera presión diastólica es la que se registra en la cuarta fase. Ya que hay pacientes que no presentan quinta fase, o que ésta es muy tardía, en estos casos se recomienda registrar los dos valores (cuarta y quinta fase).

En caso de no oír con nitidez los ruidos, se procederá a desinflar completamente el manguito, elevar el brazo durante 1 o 2 minutos, o bien cambiar de brazo, y volver a medir la tensión.

A MÉTODO PALPATORIO

Se infla el manguito hasta que desaparece el pulso radial; se deja salir poco a poco el aire hasta que el pulso vuelve a aparecer momento que señala la presión sistólica. Entonces palpando la humeral en el borde interno del bíceps o de su tendón, se sigue descomprimiendo el manguito, percibiendo el latido cada vez más intenso y vibrante hasta un máximo, a partir del cual desciende más o menos bruscamente la intensidad del latido, resalte palpatorio que corresponde a la presión diastólica.

5 MODELOS DE VALORACIÓN DEL PACIENTE

5.1 INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente las ciencias de la salud han organizado la información según un esquema que tiene a los órganos o sistemas morfofuncionales como categorías clasificatorias. Esta clasificación permite explicar los síntomas del paciente como alteraciones de esas estructuras

orgánicas. A esta interpretación de la naturaleza humana y las maneras de enfermar denominamos biomedicina. Pero hay otras formas de clasificar, como el caso de la medicina hipocrática, que tenía a los humores como categorías clasificatorias y la enfermedad era explicada como su desequilibrio; y también teorías médicas como la medicina ayurveda o la medicina china tradicional.

En todo modelo explicativo (modelo teórico) hay implícito un modelo de valoración. Así, a la explicación biomédica de la enfermedad (con sus teorías sobre la enfermedad, su prevención, tratamiento y curación) le corresponde un modelo de valoración específico: los órganos corporales. Para indagar sobre la enfermedad observamos signos patológicos y los organizamos por órganos y sistemas (respiratorio, cardiovascular, neurológico, etc.); el juicio clínico que deriva de esta organización nos facilita interpretar si un signo concreto indica que el órgano donde hemos clasificado el signo está alterado (la tos la clasificamos como signo respiratorio y nos indica una alteración de las vías aéreas).

Con el desarrollo de la disciplina enfermera se ha propugnado una interpretación diferente a la biomédica (ver capítulo 1). Estos planteamientos se han concretado en *modelos teóricos* que proponen maneras específicas de valorar e interpretar las manifestaciones del paciente y también las formas de cuidar de sus alteraciones. Los modelos teóricos son complejos; estudian las relaciones entre varios elementos (en el caso de la Enfermería estos elementos son la persona, su entorno, la salud y el cuidado enfermero). Enfermería en la actualidad, como disciplina científica moderna que es, dispone de más de cuarenta modelos teóricos [12] y ninguno ha conseguido aun la hegemonía universal para explicar la naturaleza y acción del cuidado enfermero[g]. Por eso, en este capítulo vamos a hacer una breve incursión en la manera de integrar un modelo teórico con su modelo de valoración.

Pero antes de seguir adelante hay que diferenciar claramente los dos conceptos de los que estamos hablando y que son complementarios pero diferentes:

a. *Modelo teórico:* conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de los fenómenos, estableciendo para ello las relaciones específicas entre los conceptos a fin de describir, predecir y/o controlar los fenómenos (ver capítulo 1).
b. *Modelo de valoración:* esquema o patrón de organización de datos.

El ideal es que vayan juntos, el modelo de valoración con el modelo teórico, y que el profesional analice la naturaleza de los problemas del paciente bajo una perspectiva teórica enfermera. Pero el riesgo es utilizar un modelo de valoración pensando que implica un modelo teórico enfermero, cuando en realidad nuestro pensamiento es biomédico, como así demostró y denunció Wimpenny[46]. El modelo teórico enfermero, aporta al modelo de valoración la estructura general del análisis de los datos.

El objetivo principal de este capítulo es presentar el modelo de valoración de los Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon, pero antes vamos a analizar brevemente el modelo de Necesidades Fundamentales de Virginia Henderson[h], quizás uno de los modelos más conocido, aceptado y adaptable a la práctica clínica enfermera.

g Una *ciencia normal* es aquella en la que un grupo de teorías tienen éxito para resolver unos cuantos problemas que los profesionales de esa ciencia consideran importantes, agudos[123].

h En sentido estricto no es un modelo teórico sino una definición de la Función Propia de la Enfermería. Ha ganado el calificativo de modelo por los desarrollos teóricos que de esta definición hicieron posteriormente otras autoras, como Roper, Logan y Tierney.

5.2 MODELO DE LAS NECESIDADES FUNDAMENTALES DE VIRGINIA HENDERSON

En el primer tercio del siglo XX la investigación psicológica hace emerger una visión holística[i] del ser humano que cristaliza en la definición de salud de la OMS: "*es el completo bienestar biológico, psicológico y social y no solo la ausencia de enfermedad*", que pone el foco en los tres niveles que integran a la persona y no solo en el padecimiento biológico. Al ser la persona el centro de atención cobra protagonismo en el proceso de atención sanitaria y se va arrinconando el paternalismo biomédico, donde los profesionales son autoridades sociales que dan órdenes (sanitarias) de obligado cumplimiento.

En este ambiente se comienzan a estudiar las *necesidades básicas*[j] que motivan el comportamiento humano[19]. La teoría de la motivación entiende *necesidad* como una demanda que requiere la constante satisfacción para mantener el equilibrio y bienestar biológico, psicológico y social. Parafraseando a Maslow, la necesidad es necesaria, porque es la alerta en áreas vitales que hay que mantener constantemente satisfechas: necesitamos comer, beber, dormir, movernos, relacionarnos, etc., para mantener nuestra salud.

Este concepto pronto cobró importancia en la teoría enfermera de manera que las primeras autoras teóricas hicieron de él el eje central de sus reflexiones. Una de las autoras más influyente fue Virginia Henderson, quien proporcionó una de las perspectivas teóricas más interesantes[k] para entender la función propia de la Enfermería:

> *La función propia de la Enfermería es atender al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen al mantenimiento de la salud o a su recuperación (o a evitar padecimientos a la hora de la muerte), actividades que él realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Igualmente corresponde a la enfermera cumplir esta misión de tal manera que ayude al enfermo a independizarse a la mayor brevedad posible.*[47]

La primera idea importante de esta definición es lo que Henderson entiende por **Persona**: un todo complejo compuesto de *catorce necesidades fundamentales*: 1) respirar normalmente; 2) comer y beber adecuadamente; 3) eliminar por todas las vías corporales; 4) moverse y mantener posturas adecuadas; 5) dormir y descansar; 6) escoger ropa adecuada; 7) mantener la temperatura corporal dentro de límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente; 8) mantener la higiene corporal y la integridad de la piel; 9) evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas; 10) comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones; 11) rendir culto según sus propias creencias; 12) trabajar de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal; 13) jugar y participar en actividades recreativas, y 14) aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los medios sanitarios existentes.

---

i Los organismos vivos, y por extensión el ser humano, se ven como totalidades interaccionantes y unificadas, que son más que las simples sumas de sus partes

j Abraham Maslow[124], uno de los autores más influyentes, plantea una jerarquía de necesidades, en 5 niveles (fisiológicas; de seguridad; afiliación y pertenencia; estima, y autodeterminación), según la cual una necesidad de orden inferior ha de ser cubierta antes que otra de nivel superior. Maslow entiende las necesidades en forma de deseos y dice que *"cuando un deseo es satisfecho, no es ya un deseo"*, y en consecuencia dejaría de motivar la conducta.

k Di Trocchio[125] considera que la validez de una teoría depende del grado de predicción que presenta respecto de otras y de su capacidad de explicar de un modo más simple y elegante aquello que observa. Si bien la predicción es una propiedad difícil de encontrar en las teorías enfermeras (por eso se habla generalmente de modelos y no de teorías), sí se considera el modelo propuesto por Henderson uno de los más capaces de explicar la acción y la efectividad del cuidado enfermero.

Esto es lo que se puede considerar un *modelo de valoración:* el conjunto de categorías de una clasificación en la que podemos agrupar los datos que obtenemos de la valoración del paciente.

Estas necesidades, comunes a todas las personas, presentan unos *Factores Modificadores*, que pueden ser *permanentes,* como la edad, cultura, situación social, temperamento y capacidad física e intelectual, u *ocasionales* dependientes de la enfermedad. Estos factores es preciso valorarlos para tener un conocimiento completo de la persona y permiten verla como un todo único e irrepetible. Por tanto, Henderson no sólo ve a la persona como un ser que comprende un cuerpo y una mente inseparables, sino que también es un ser único y diferente en cada momento de su vida fruto de la interacción de éste con sus factores modificadores[47].

Pero un *modelo teórico* incluye otros elementos que permiten interpretar esos datos y actuar en consecuencia. El siguiente elemento de la definición, y que es el eje central del modelo teórico de Henderson, es el de **Independencia**: *"nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades fundamentales"*. Esto implica que un ser humano es *independiente* para cubrir estas necesidades y busca y desea esta independencia, y cuando una necesidad no es satisfecha, debido a una *fuente de dificultad* (falta de fuerza, voluntad o conocimiento), el individuo no está completo o no es independiente, y surge así un estado de *dependencia* que justifica la intervención de Enfermería [16].

El otro elemento del modelo conceptual son los **Cuidados Básicos de Enfermería** que implican ayudar al paciente en las actividades que cubren las 14 necesidades fundamentales o darles los conocimientos necesarios para que puedan llevarlas a cabo sin ayuda[48].

Estos cuidados se proporcionan según tres *Niveles de Relación*, clasificados desde una relación muy dependiente a una relación completamente independiente, considerando a la Enfermería como:

1. *Sustituto del paciente:* la enfermera sustituye al paciente en lo que le hace falta para sentirse "completo", "entero" e "independiente".
2. *Ayuda para el paciente:* la enfermera ayuda al paciente a adquirir o recuperar su independencia.
3. *Compañera del paciente:* la enfermera y el paciente idean juntos el plan de cuidados.

Como defensora de los *derechos del paciente* Henderson advierte:

> *"Sólo en estados de absoluta dependencia, como lo son el coma o la postración extrema, se justifica que la enfermera decida por el paciente, en lugar de con el paciente, lo que es bueno para él"*[47].

5.3 PATRONES FUNCIONALES DE SALUD DE MARJORY GORDON

Marjory Gordon describió los patrones funcionales de salud por primera vez a mediados de los años setenta para enseñar la valoración y los diagnósticos enfermeros en la Escuela de Enfermería de Boston, y los definió como

> *"una configuración de comportamientos que ocurren de forma secuencial en el transcurso del tiempo"* [1]

Los patrones funcionales de salud son once y describen todas las áreas que comprende el ser humano (Tabla 5.1). Son la expresión de la integridad biopsicosocial-espiritual de la persona y por ello no pueden ser comprendidos aisladamente, sino en su relación mutua.

Tabla 3.2: Patrones funcionales de salud de Marjory Gordon

PATRONES FUNCIONALES DE SALUD
1. Percepción-Manejo de la salud
Salud y bienestar percibido por el paciente y manejo de su salud
2. Nutricional-Metabólico
Consumo de alimentos y líquidos relativo a las necesidades metabólicas y aporte de nutrientes
3. Eliminación
Función excretora (intestino, vejiga y piel)
4. Actividad-Ejercicio
Ejercicio, actividad y ocio
5. Sueño-Descanso
Sueño, descanso y relajación
6. Cognitivo-Perceptual
Sensibilidad, percepción y cognición
7. Autopercepción-Autoconcepto
Autoconcepto del cliente y la percepción del estado de ánimo. Incluye la percepción que tiene de sí mismo y sus actitudes hacia él
8. Rol-Relaciones
Compromiso del rol y relaciones
9. Sexualidad-Reproducción
Satisfacción sexual y patrón reproductivo
10. Afrontamiento-Tolerancia al estrés
Afrontamiento general y efectividad en términos de tolerancia al estrés.
11. Valores-Creencias
Valores, metas o creencias (incluyendo las espirituales) que guían las elecciones o decisiones de la persona

Al realizar un juicio clínico basado en PFS nos fijamos más en la secuencia de comportamientos que en los datos aislados en el tiempo. Por eso el *juicio* sobre un *patrón funcional* se realiza comparando los datos de la valoración con [49]:

1º) los datos de referencia (normalidad) del individuo,

2º) las normas estadísticas para su grupo de edad, o

3º) las normas culturales, sociales u otras.

De esa forma un patrón no se ve, se construye a partir de las descripciones del paciente y de las observaciones de la enfermera, por lo que resulta imprescindible:

1º) no recoger datos superfluos que puedan conducir a errores;

2º) al no ser observables, su construcción se basa en operaciones cognitivas que se apoyarán en datos, siempre abiertos a cambios, y

3º) los patrones siempre deben ser validados.

A continuación, se describirá el objetivo general de la valoración de cada paciente. El conjunto de datos que se obtengan en la valoración dependerá en gran medida del ámbito clínico (hospital, atención primaria) u otras categorías como edad o especialidad (pediatría, geriatría, salud mental, etc.) y que Gordon desarrolla ampliamente[1]. En este libro nos vamos a centrar en la valoración general del adulto.

PATRÓN 1: PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD

Describe la percepción que el paciente tiene de su salud y bienestar. Incluye los comportamientos de cuidados de salud como actividades de promoción de la salud, adherencia a prácticas preventivas, a las prescripciones médicas o enfermeras y al seguimiento de los cuidados, así como riesgos para la salud.

PATRÓN 2: NUTRICIONAL-METABÓLICO

Patrones de consumo de alimentos y líquidos relativo a las necesidades metabólicas y los indicadores del aporte local de nutrientes: horario de comidas, tipo y cantidad de alimentos y líquidos consumidos, preferencias alimentarias y el uso de suplementos nutricionales. Se valora en este patrón el estado de la piel, mucosas, pelo, uñas, membranas y dientes; la medición de la temperatura, el peso y la talla corporal.

PATRÓN 3: ELIMINACIÓN

Describe los patrones de función excretora (intestinal, vejiga y piel) de los individuos, con datos sobre la regularidad y el control de dichas funciones. Incluye la regulación percibida por el individuo de la función excretora, el uso sistemático de laxantes y cualquier cambio o alteración en el patrón del tiempo, forma de excreción, calidad o cantidad. También incluye el uso de dispositivos para el control de la excreción. El examen debe incluir investigación sobre la presencia de dispositivos (bolsas de ostomías) presencia de olores, y si procede, se incluye el patrón de eliminación de residuos tanto familiar como comunitario.

PATRÓN 4: ACTIVIDAD-EJERCICIO

Comprende el patrón de ejercicio, actividad, tiempo libre y recreo: el tipo, la cantidad y la calidad del ejercicio, incluyendo los deportes, lo cual describe el patrón típico. Valora los requerimientos de consumo de energía de la actividad diaria; los patrones de actividad permitirán la detección de prácticas poco saludables, la prevención de mayores pérdidas funcionales y puede asimismo ayudar a compensar dichas pérdidas. Explora el nivel funcional, la movilidad, la respiración y la función cardiovascular (pulso y tensión arterial).

PATRÓN 5: DESCANSO-SUEÑO

Valora los patrones de sueño y los períodos de descanso-relax a lo largo de las 24 horas del día, interesándose por la percepción de la calidad y la cantidad de sueño y descanso y la percepción del nivel de energía. Incluye las ayudas para dormir como los medicamentos o la rutina empleada a la hora de acostarse y los problemas por parte del paciente u otros.

PATRÓN 6: COGNITIVO-PERCEPTUAL

Se centra en las habilidades cognitivas funcionales, como el lenguaje, la memoria, el juicio y la toma de decisiones, obteniendo información de las descripciones subjetivas, los problemas percibidos por el cliente o por otros, las compensaciones para los déficits y la efectividad de los esfuerzos para compensarlos. Incluye la adecuación de los órganos de los sentidos y la compensación o prótesis utilizada para hacer frente a los trastornos. Cuando procede se valoran las manifestaciones de percepción del dolor y cómo se trata.

PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO

Describe el patrón las percepciones y del concepto de uno mismo. Incluye las actitudes acerca de uno mismo, la percepción de las capacidades (físicas, cognitivas o afectivas), imagen, identidad, sentido general de valía y patrón emocional general. Incluye el patrón de la postura corporal y el movimiento, contacto visual y patrones de voz y conversación. También se evalúan los problemas descritos por el paciente, las razones que da del problema, las acciones llevadas a cabo para resolverlo y sus consecuencias.

PATRÓN 8: ROL-RELACIONES

Es el patrón donde se valoran los compromisos de rol y relaciones, desde la perspectiva de la percepción del paciente de los roles más importantes y las responsabilidades en la situación

actual del paciente. Están incluidos la satisfacción o no en las relaciones familiares, laborales o sociales y las responsabilidades relacionadas con estos roles.

PATRÓN 9: SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

Describe los patrones de satisfacción percibida o las alteraciones en la sexualidad o en las relaciones sexuales. También incluye el estado reproductor en las mujeres, premenopausia o menopausia y los problemas percibidos.

PATRÓN 10: AFRONTAMIENTO-TOLERANCIA AL ESTRÉS

Describe el patrón general de adaptación al estrés valorando la reserva o capacidad para responder a los cambios en la propia integridad que se perciben como amenaza, formas de tratar el estrés, sistemas de apoyo familiar o de otro tipo y la habilidad percibida para controlar y dirigir situaciones. También el nivel de tolerancia al estrés, o, dicho de otro modo, el nivel de estrés que la persona trata de forma efectiva.

PATRÓN 11: VALORES-CREENCIAS

Describe los patrones de valores, objetivos o creencias (incluyendo las espirituales) que guían la elección o las decisiones. Incluye lo que es percibido como importante en la vida y cualquier percepción de conflicto en los valores, creencias o expectativas relativas a la salud.

Como conclusión del apartado se desarrollará un ejemplo práctico en la siguiente tabla:

Tabla 3.3: Ejemplo práctico de Valoración por Patrones funcionales

Valoración por patrones funcionales de salud[l]
Mujer de 68 años ingresada desde hace una semana, inmóvil en la cama por Accidente Cerebro-Vascular (ACV), con una actividad cama sillón. Se queja de dolor, localizando el foco en región sacra y que se reduce al disminuir la presión con los cambios posturales. Se observan varias zonas eritematosas en puntos de apoyo: occipucio, región escapular, región sacra y talones. Durante la higiene matutina, a los 10 minutos, recuperan el color normal de la piel todos los eritemas, excepto en el sacro
Patrón 2. Nutrición-Metabolismo
Eritema en puntos de apoyo (occipucio, región escapular, región sacra y talones). En región sacra el eritema permanece tras ceder la presión
Patrón 4. Actividad-Ejercicio
Actividad diaria cama-sillón desde el ingreso
Patrón 6. Cognitivo-Perceptivo
Dolor en la región sacra que cede al aliviar la presión en la zona con los cambios posturales

5.3.1 SALUD Y DISFUNCIONALIDAD

Los patrones funcionales de salud son la expresión de la integridad psicosocial de la persona y por ello no pueden ser comprendidos aisladamente, sino en su relación mutua. Es muy común cometer el error de entender los patrones como compartimentos estancos donde solo tiene cabida un tipo de datos y solo ese: ¿dónde se pone la dieta del paciente? Y como pasa con muchos datos la respuesta es *depende*. Depende del patrón que estemos construyendo (es una construcción y no solo un conjunto de datos). Si hablamos de la dieta como elemento nutricional, su preparación, composición, cantidad, horarios, en definitiva, todo lo que compone la alimentación del paciente que contribuye a un metabolismo ordenado, entonces esa información se incluye en el patrón 2. Pero si queremos saber si el paciente se interpreta a sí mismo como un enfermo y sigue las prescripciones médicas y de enfermería en materia de dietoterapia,

l El caso práctico es un ejemplo que utiliza un escaso número de datos para poder ilustrar todas las fases del proceso cognitivo que lleva al juicio diagnóstico (valoración y diagnóstico) y el juicio terapéutico (planificación). El registro de la historia clínica podría ser más breve, limitándose a la valoración, formulación de diagnósticos, objetivos y actividades.

estamos hablando del patrón 1, puesto que estamos formándonos una idea de la percepción que tiene de su situación clínica y cómo la maneja.

Para tener una idea más precisa de lo que es un patrón funcional es útil conocer el concepto de *salud* de Gordon: *"el nivel óptimo de funcionamiento que permite a los individuos, familias o comunidades desarrollar su potencial al completo"*. La salud la mide en parámetros y normas (estadísticas, culturales, etc.) combinada con la descripción subjetiva del cliente. La salud ideal está en consonancia con el potencial individual y permite que la intervención sea individualizada.

Gordon también describió el *patrón disfuncional* como:

> *"un problema real que describe una serie de comportamientos que no están de acuerdo con las normas o la salud de un cliente, la situación basal personal; lo que comporta una influencia negativa sobre el funcionamiento global"*[1].

Cuando Alfaro[23] habla de la *superposición* de las dos primeras fases del proceso, valoración y diagnóstico, se está refiriendo a una actividad cognitiva que es necesario potenciar y que supone que conforme vamos valorando al paciente van surgiendo ideas de diagnósticos (*prediagnósticos*), producto de inferencias precoces que vamos realizando a partir de datos preliminares. Estos datos es preciso validarlos, en primer lugar, y obtener información adicional que confirme o rechace las primeras sospechas diagnósticas.

Después de una valoración general de todos los patrones funcionales, de donde sacamos una idea global de la situación del paciente en todas sus esferas (biológica, psicológica y social), procedemos a centrarnos en aspectos claves que han llamado nuestra atención. Hacer prediagnósticos nos permite validar los datos de la valoración inicial, mediante una valoración ahora focalizada, con lo que vamos confirmando o rechazando el prediagnóstico, que es el puente con la fase 2 del proceso enfermero: el diagnóstico enfermero.

IV – DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Jorge Diz Gómez, Mª Antonia López Romero, Francisco Javier Pérez Rivas, Ramón del Gallego Lastra

1 INTRODUCCIÓN

La gran cantidad de datos que pueden obtenerse de un paciente haría inviable el manejo eficiente de los mismos, si no fuéramos capaces de transformarlo en conceptos. La *conceptualización* es un mecanismo eficaz para agrupar un conjunto de datos en una imagen, o concepto, más manejable mentalmente y que al recurrir a él podamos evocar el conjunto de datos que implica. La necesidad de interpretar datos deriva del hecho de que la memoria a corto plazo tan sólo retiene 7 más menos 2 bits de datos. De ese modo convertimos continuamente los datos en interpretaciones[50]. Este proceso de conceptualización es lo que implica el diagnóstico.

Según Laín Entralgo[51] el primer concepto diagnóstico surge cuando los sanadores precisaron de una palabra técnica para designar *"la pesquisa y el logro de un conocimiento más o menos cierto de la enfermedad que habían de atender"*. Los médicos hipocráticos utilizan este término para diferenciar un incipiente conocimiento científico de la enfermedad y distanciarlo de las explicaciones mágico-religiosas que se empleaban hasta ese momento. Tres son las cuestiones cardinales que, a juicio de Laín, se articulan en la epistemología de cualquier disciplina científica:

1º. *Qué* zona de la *realidad conoce* la disciplina en cuestión
2º. *Cómo* la conoce
3º. *Qué es* para tal disciplina *conocer científicamente* la realidad

A lo largo de la historia de la medicina se han dado múltiples respuestas a esas cuestiones y así se pasó por la teoría humoral, las explicaciones de los anatomoclínicos, los fisiopatólogos, los etiopatólogos, hasta llegar a la solución actual que reconocemos como la consolidación de todas esas teorías en el modelo biomédico.

Alfaro coincide con Laín en el concepto de diagnóstico y dice que *"el propósito del diagnóstico es aclarar la naturaleza exacta de los problemas y riesgos que se deben tratar para lograr los resultados generales esperados de los cuidados"*[23]. No es la única en opinar de esa forma y hay algunas frases que expresan claramente esta opinión dentro de la Enfermería:

> *"Si algo no puede ser nombrado, no puede ser tampoco financiado, explicado, investigado o encuadrado en el marco de las políticas de sanidad pública"*[52].

> *"Para que la ciencia de una disciplina práctica progrese, deben identificarse, definirse y validarse empíricamente los conceptos que describen las materias objeto de la especialidad" Maas, Hardy y Craft*[53]

Al igual que mencionábamos en el capítulo 1 sobre la metodología enfermera, el diagnóstico, también tiene una doble misión: una clínica (profesional), para identificar los problemas que ha de tratar el profesional de enfermería, y otra epistemológica (disciplinar), con la que identificar el objeto de estudio específico de la Enfermería. Esta doble misión justifica la necesidad de entender el diagnóstico de enfermería como un elemento clave en el desarrollo conceptual de la disciplina y por ello es tan importante que la visión con la que se analicen estos problemas, tanto en la clínica como en el análisis conceptual, esté inspirado en una *perspectiva teórica enfermera*.

2 CONCEPTO Y EVOLUCIÓN DEL DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Etimológicamente *diagnóstico* procede del griego *diagignoskein* que significa 'distinguir'. A su vez esta palabra proviene de *dia* que significa 'a través de', 'por' y de *gignoskein* que quiere decir 'conocer'[51]. El DLE admite en el concepto de *diagnosis* una acepción para la Biología que se define como *"Descripción característica y diferencial abreviada de una especie, género, etc."* También para el término *diagnosticar* admite la acepción de *"Recoger o analizar datos para evaluar problemas de naturaleza diversa"*. Por tanto, el diagnóstico no se vincula exclusivamente a la actividad técnica de la Medicina, sino que cualquier profesional que haga una *afirmación o conclusión acerca de la causa o esencia de un estado, situación o problema*, está haciendo un diagnóstico. Si partimos de este concepto se puede concluir que la definición del término diagnóstico incluye actividades que no son exclusivas de un grupo o profesión. Cada una, dentro de su campo, hace diagnósticos sobre la naturaleza o causa de fenómenos propios de su competencia.

Aunque fue en 1953 cuando Vera Fry, mencionó por primera vez el diagnóstico como un paso más en el proceso enfermero, no fue hasta los primeros años de la década de 1970 cuando en Estados Unidos dos enfermeras fueron invitadas a participar con un grupo de trabajo, en un proyecto que pretendía demostrar las ventajas del trabajo en equipo en el cuidado de los enfermos. Para ello había que cubrir dos objetivos[54]:

> 1º. Los datos obtenidos de los pacientes tenían que ser codificados informáticamente.
>
> 2º. Los miembros de cada disciplina tenían que proporcionar cuidados que no fueran brindados por otros miembros del equipo.

Las enfermeras no pudieron cubrir ninguno de los dos objetivos y acudieron a *Kristine Gebbie* y *Mary Ann Lavin*, profesoras de la Escuela de Enfermería de St Louis, Missouri, USA, que convocaron a un grupo de enfermeras para analizar la problemática de los diagnósticos enfermeros y crearon el Grupo Nacional para la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería, compuesto por enfermeras de todas las regiones de Estados Unidos y Canadá y representando a todas las áreas de la profesión: asistencia, docencia e investigación. En 1973 este grupo organizó la *Primera Conferencia Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería*. En su Quinta Conferencia, en 1982, se transformó en una organización más formal y se crea la *Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería* (NANDA, del inglés North American Nursing Diagnosis Association). Con el paso del tiempo esta asociación norteamericana expande su influencia por todo el mundo, aumentando considerablemente la influencia y contribución de socios de otros países, entre ellos España. Por ello, la North American Nursing Diagnosis Association, en 2002, modificó su enfoque hacia una organización internacional, cambiando su nombre a *NANDA International, Inc.* (NANDA-I). Por tanto, a partir de ese momento NANDA-I no es un acrónimo sino un nombre propio.

La NANDA-I definió el *diagnóstico enfermero* en 1990, con posterior modificación en 2009, 2013 y 2019, como[20]:

> *"un juicio clínico en relación con una respuesta humana a una afección de salud/proceso vital, o susceptibilidad para esa respuesta, de una persona, cuidador/a, familia o comunidad. Un diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de intervenciones enfermeras para conseguir los resultados sobre los cuales la enfermera tiene responsabilidad".*

De esta definición podemos concluir que asienta el concepto diagnóstico en tres requisitos:

- Es el resultado de una *valoración de enfermería* y por tanto una función propia.

- Las enfermeras tienen *capacidad formativa y legal* para emitir juicios diagnósticos.
- Describe una respuesta humana a un problema de salud cuya *resolución completa* se consigue mediante intervenciones de enfermería.

En 1983 la ANA y la NANDA crean un grupo para alcanzar un consenso en la descripción de la práctica de la Enfermería. Presentan a la OMS la Taxonomía I NANDA denominándola "Condiciones que necesitan cuidados de Enfermería", y proponen su inclusión en la 10ª revisión del Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD del inglés International Clasification of Disease). La OMS lo rechaza al no poder incluir en una clasificación de enfermedades aquello que no lo es, pero propone su inclusión en otra familia de clasificaciones (Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios)[55].

La necesidad de clarificar y delimitar el campo de actuación, y describir los fenómenos propios de la disciplina, no solo ha impulsado la creación de la clasificación de los diagnósticos, sino que se han desarrollado clasificaciones de los resultados y las intervenciones de enfermería, completando así el espectro competencial profesional y favoreciendo la comunicación, la transmisión sistemática de información e identificando vacíos de conocimiento de la disciplina enfermera[16].

En este contexto el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) comienza en 1989 a desarrollar una Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (CIPE); una clasificación que proporcione una terminología propia estructurada y definida; un marco en el que los vocabularios y clasificaciones existentes puedan cruzarse para comparar los datos de enfermería. Esta clasificación avanza un paso más de lo que lo hace la NANDA al clasificar inicialmente los fenómenos que formarán parte del diagnóstico, las acciones y los resultados. Con el tiempo establece, en sus catálogos, los resultados y los cuidados de determinados diagnósticos. Los objetivos que el CIE fijó para la clasificación en 1991 son:

- Establecer un *lenguaje común* que describa la práctica de enfermería con el fin de mejorar la comunicación entre las enfermeras y entre las enfermeras y los demás.
- *Describir los cuidados* que la enfermería dispensa a la población (personas, familias y comunidades) en diversos contextos, institucionales y no institucionales.
- Permitir la *comparación de los datos* de enfermería entre distintas poblaciones y contextos clínicos, zonas geográficas y tiempos.
- Demostrar o *proyectar las tendencias* de la prestación de los tratamientos y cuidados de enfermería y la asignación de recursos a los pacientes según sus necesidades sobre la base de los diagnósticos de enfermería.
- *Estimular la investigación en Enfermería* mediante enlaces con los datos disponibles en los sistemas de información de enfermería y los sistemas de información de salud.
- Proporcionar *datos sobre la práctica de enfermería* para influir en la elaboración de las políticas de salud.

En esta línea de generar clasificaciones integradas de diagnósticos, objetivos e intervenciones, la NANDA, la NIC y la NOC publicaron en el 2000 la primera edición de la clasificación de diagnósticos, intervenciones y resultados que ha sido reconocida por la ANA y que en el congreso de la NANDA de 2002 se ha constituido como una clasificación unificada y en ese congreso fue ya denominada NNN en respuesta a las tres organizaciones que se unieron en una clasificación relacionada.

No son estas las únicas clasificaciones de los diagnósticos enfermeros, sino que han ido apareciendo otras adaptándose a diferentes ámbitos, como la clasificación de diagnósticos de enfermería comunitaria Omaha Classification System (OCS), o la Home Health Care Classification (HHCC)[33]; pero en este capítulo se analizará esta fase diagnóstica sobre la más implantada, tanto a nivel nacional como internacional, la NANDA-I.

A lo largo de este tiempo Estados Unidos y otros países han ido incorporando a sus legislaciones disposiciones que permiten a la enfermería diagnosticar. El concepto de diagnóstico ha calado de tal forma en las instituciones de enfermería de ciertos países que, por ejemplo, la Asociación de Enfermeras Americanas (ANA) en 1980 define la Enfermería asumiendo la idea del diagnóstico:

> *"La Enfermería es el diagnóstico y tratamiento de la respuesta humana a los problemas de salud reales o potenciales".*

3 DIFERENCIAS ENTRE EL DIAGNÓSTICO ENFERMERO Y EL DIAGNÓSTICO MÉDICO

Las diferencias existentes entre un diagnóstico médico y el de enfermería son el reflejo de sus diferentes objetivos. El diagnóstico médico fija su atención en la patología, tratamiento y curación de la enfermedad. Por su parte el diagnóstico enfermero se centra en la respuesta humana y en las alteraciones en la capacidad de la persona para funcionar como ser humano independiente; así dos individuos pueden tener la misma enfermedad y mostrar respuestas muy distintas a ella. Existen casos en los que el diagnóstico puede ser común a varias disciplinas; por ejemplo, el diagnóstico de un estado de "ansiedad" puede hacerse por una enfermera, un asistente social, un médico o un psicólogo, aunque para cada uno de ellos la etiología y por tanto el tratamiento puedan ser diferentes. En algunas situaciones, particularmente en las urgencias, el diagnóstico médico y el de enfermería pueden ser el mismo al principio y luego cambiar, a medida que se van dando los primeros pasos en la terapéutica. Un diagnóstico enfermero puede ser indicativo de uno médico y viceversa (ej.: dolor agudo / infarto agudo de miocardio). Las diferencias entre el diagnóstico médico y el diagnóstico enfermero se pueden resumir en la siguiente tabla 6.1[19].

Tabla 4.1: Diferencia entre el diagnóstico médico y el diagnóstico enfermero

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	DIAGNÓSTICO MÉDICO
Describe una respuesta humana	Describe una enfermedad
Orienta hacia el individuo	Orienta hacia la enfermedad
Puede variar a diario, a medida que se modifican las reacciones humanas	Es constante; permanece invariable durante el proceso de la enfermedad
Guía el cuidado de enfermería (Acciones independientes)	Guía el tratamiento médico (Acciones dependientes)
Complementa el diagnóstico médico	Complementa el diagnóstico de enfermería
Suele hacer referencia a la percepción que el paciente tiene de su estado de salud	Suele hacer referencia a las alteraciones fisiopatológicas reales del organismo

4 DIAGNÓSTICO ENFERMERO Y OTROS PROBLEMAS DE SALUD

La Enfermería no actúa aislada en su propio campo profesional, sino en contacto con otros profesionales, entre los que el médico es el más frecuente, y con los que participa en la atención a los pacientes. En este contexto es necesario explicar los tipos de problemas a los que se enfrenta la Enfermería y que determinan el tipo de juicio que va a emitir.

En 1983 Carpenito diseñó el **Modelo Bifocal**[56] en el que se representan dos campos nítidos: el campo competencial médico del que derivan los diagnósticos médicos, y el campo competencial enfermero del que derivan los diagnósticos de enfermería. Entre ambos campos se producen frecuentes intersecciones en cuyo caso aparecen los problemas interdisciplinarios (PI).

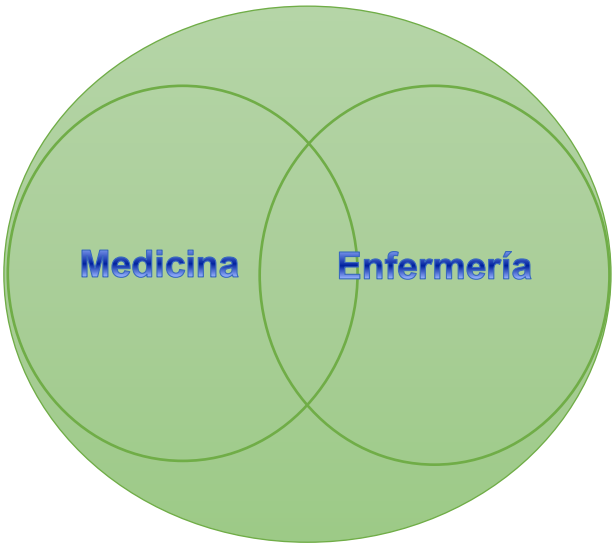


Fig. 4.1: Modelo Bifocal

Esta realidad clínica es considerada también por instituciones de prestigio en Enfermería, como es el caso del Centro para las Clasificaciones de Enfermería, que en el libro sobre la NOC clasifican los problemas a los que se enfrenta la enfermera según tres tipos[3]:

1º) *Problemas de derivación*, que son aquellos dirigidos por otros proveedores de salud (en nuestro entorno sanitario este proveedor es mayoritariamente el médico).

2º) *Problemas interdisciplinares*, que se abordan en colaboración con otros proveedores. Los dos profesionales deberían de trabajar juntos en la resolución de los problemas.

3º) *Diagnósticos enfermeros*, en cuyo caso es la enfermera la principal responsable.

4.1 DIAGNÓSTICO MÉDICO

Es el término técnico que designa una enfermedad, es decir, una alteración del funcionamiento de una o varias estructuras orgánicas. En esta categoría la responsabilidad de identificar los objetivos clínicos (resultados esperados) es del médico, y generalmente derivan en prescripciones directas que llevan al profesional de enfermería a ejecutar acciones que denominamos actividades dependientes o delegadas.

4.2 PROBLEMAS INTERDISCIPLINARIOS O DE COLABORACIÓN

En 1984 Carpenito acuñó el término de **problemas interdisciplinarios** para referirse a[56]:

"determinadas complicaciones fisiopatológicas que las enfermeras vigilan para detectar su aparición o cambios de estado. Las enfermeras abordan los problemas interdisciplinarios utilizando intervenciones prescritas por el médico y por la enfermera para minimizar las complicaciones de los acontecimientos".

En términos similares se expresan Luis Rodrigo para definir el término actualmente más utilizado que es el de **problema de colaboración**[57]*: "problemas de salud reales o potenciales en los que el usuario requiere que la enfermera haga por él las actividades de tratamiento y control prescritas por otro profesional, generalmente el médico"*. Estas complicaciones deben ser detectadas, no para prevenirlas sino para evitar su evolución desfavorable o actuar precozmente ante su aparición; por ejemplo, ante la posibilidad de un íleo paralítico o hemorragia la enfermera no actúa previniendo sino detectando precozmente su aparición para evitar una mayor gravedad del proceso.

En la evolución de los conocimientos y del cuidado de enfermería, puede ocurrir que problemas de colaboración actuales se transformen en diagnósticos enfermeros. No obstante, es recomendable no cambiar por un diagnóstico enfermero lo que en la actualidad es un problema de colaboración, pensando que se gana prestigio y que esa denominación nos permitiría una actuación independiente.

La formulación correcta de estos problemas es anteponiendo la frase "complicación potencial", o mejor su contracción "CP:", seguido del problema fisiopatológico correspondiente. Como es obvio, de los problemas de colaboración derivan las **actividades de colaboración o interdependientes**.

4.3 DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Define la *respuesta humana* de un paciente a una enfermedad, proceso o cambio vital y no la enfermedad misma. Esta afirmación, que a la vista de lo desarrollado parece evidente, no lo es tal, ya que sigue siendo motivo de confusión, quizás guiado por la inercia del trabajo tradicional donde los problemas clínicos han tenido solución exclusivamente médica. Para orientar el análisis de los datos del paciente desde una perspectiva enfermera y llegar a un juicio diagnóstico enfermero es necesario manejar con soltura el concepto de respuesta humana, al que Marjory Gordon aporta una definición clara y precisa[1]:

"Son comportamientos observados o afirmaciones verbales. Incluyen la forma en que una persona, familia o comunidad reacciona ante una situación o el significado personal que da a los acontecimientos. Las respuestas pueden ser fisiológicas, psicológicas, sociales o espirituales, pero lo más frecuente es que sean combinaciones biopsicosociales-espirituales".

Las enfermeras a menudo piensan que para avanzar profesionalmente deben expresar la realidad clínica observada en términos exclusivamente enfermeros, y de esa forma es frecuente ver que se traducen términos médicos a diagnósticos enfermeros, como si fueran sinónimos. Por ejemplo, ante una neumonía se puede tener la tentación de denominarlo con el diagnóstico enfermero de *"Deterioro del intercambio gaseoso"* como si fuera exactamente la misma situación. Coincidiendo con M. Gordon se puede afirmar que *"los diagnósticos médicos, por regla general, no son buenos predictores de diagnósticos enfermeros; el individuo con una enfermedad, no la enfermedad, es el eje de la valoración enfermera"*[1]. Del diagnóstico de enfermería derivan las *actividades independientes*.

Como ya se ha comentado previamente, en la clasificación de los problemas a los que se enfrenta la enfermera, destaca el hecho de la *responsabilidad* de la enfermera en la resolución de los diagnósticos de enfermería. En este sentido es reseñable una regla que propone Alfaro

según la cual *"el término diagnóstico implica que una situación requiere un tratamiento apropiado y cualificado"*, y para determinar este hecho la enfermera que diagnostica deberá decidir dos cuestiones: 1ª) si está *cualificada* para formular el diagnóstico, y 2ª) si acepta la *responsabilidad* de tratarlo[23].

5 CLASIFICACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS NANDA

En la IIIª Conferencia (1977) se constituye el "Grupo de Enfermeras Teóricas", 14 en total, que dirigidas por Callista Roy (autora del modelo teórico de Adaptación) elaboran la *Taxonomía I*[m]. Crean en 1978 los *Patrones del Hombre Unitario* como sistema de clasificación, que más tarde se denominarán *Patrones de Respuesta Humana* y que representan las *"manifestaciones de las interacciones de la persona y su entorno, y abarcan el total de los patrones de la vida del individuo en interacción con su entorno"*.

En la XIIIª Conferencia (1998) el Comité de Taxonomía presentó la propuesta de la *Taxonomía II* para ser aprobada en la conferencia del año 2000. Se producen dos cambios en la estructura taxonómica[58]:

1º) *Estructura multiaxial* con siete ejes según los cuales será descrito un diagnóstico para su propuesta de adicción o de modificación.

Tabla 4.2: Taxonomía II: Estructura multiaxial de la NANDA - I

Estructura multiaxial
Eje 1. Foco del diagnóstico.
Eje 2. Sujeto del diagnóstico (individuo, familia, grupo, cuidador/a o comunidad).
Eje 3. Juicio (deteriorado, ineficaz, etc.).
Eje 4. Localización (vejiga, auditivo, cerebral, etc.).
Eje 5. Edad (neonato, lactante, niño, adulto, etc.).
Eje 6. Tiempo (crónico, agudo, intermitente, etc.)
Eje 7. Estado del diagnóstico (focalizado en el problema, de riesgo, de promoción de la salud)

2º) *Trece Dominios*[n] basados en los Patrones de Salud, y cada uno subdividido en clases. En la edición de 2019, la NANDA-I tiene en su clasificación 244 diagnósticos, 13 dominios y 47 clases[20].

Tabla 4.3: Taxonomía II: Dominios de NANDA – I

Dominios
Dominio 1. Promoción de la salud
Dominio 2. Nutrición
Dominio 3. Eliminación/intercambio
Dominio 4. Actividad/reposo
Dominio 5. Percepción/cognición
Dominio 6. Autopercepción
Dominio 7. Rol/relaciones
Dominio 8. Sexualidad
Dominio 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés
Dominio 10. Principios vitales
Dominio 11. Seguridad/protección
Dominio 12. Confort
Dominio 13. Crecimiento/desarrollo

m NANDA-I utiliza el concepto de ***Taxonomía*** de la 11ª edición del diccionario Merrian-Webster: *"<<Clasificación: especialmente una clasificación ordenada de plantas y animales según sus supuestas relaciones naturales>>;* la palabra deriva de la raíz *Taxón, <<el nombre aplicado a un grupo taxonómico en un sistema formal de nomenclatura"*. Se define ***Nomenclatura*** como *"sistema o conjunto de términos o símbolos, especialmente en una ciencia, disciplina o arte específicos; el acto, proceso o ejemplo de nombrar"*.

Un Dominio, según el Cambridge Dictionary On Line (2017), es *"Un área de interés"*.

5.1 COMPONENTES DE UN DIAGNÓSTICO ENFERMERO

La información que proporciona la clasificación de la NANDA-I de cada diagnóstico es: Etiqueta diagnóstica, definición, características definitorias y factores relacionados o de riesgo[20].

5.1.1 ETIQUETA DIAGNÓSTICA:

Proporciona un nombre al diagnóstico que incluye como mínimo, el foco diagnóstico (eje 1) y el juicio (eje 3). Es un término o frase concisa que representa un patrón de claves relacionadas. Puede incluir modificadores.

5.1.2 DEFINICIÓN:

Proporciona una descripción clara y precisa; delinea su significado y ayuda a diferenciarlo de diagnósticos similares.

5.1.3 CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:

Evidencias o inferencias observables que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico focalizado en problemas, de promoción de la salud o síndromes. Esto no solo implica aquellas cosas que las enfermeras pueden ver, también aquellas que son oídas (por ejemplo, lo que el paciente/familia nos dice), y aquello que tocamos o que olemos.

5.1.4 FACTORES DE RIESGO:

Factores antecedentes que aumentan la susceptibilidad de una persona, cuidador/a; familia, grupo o comunidad a una respuesta humana indeseable. Estos factores deben ser modificables por intervenciones independientes enfermeras y, siempre que sea posible, las intervenciones deben estar orientadas hacia estos factores.

5.1.5 FACTORES RELACIONADOS:

Factores antecedentes que han mostrado poseer un patrón de relación con la respuesta humana. Estos factores se pueden describir como asociados con, relacionados con, o contribuyentes a esa respuesta. Estos factores deben ser modificables por intervenciones independientes enfermeras y, siempre que sea posible, las intervenciones deberían estar orientadas hacia estos factores etiológicos. Los diagnósticos enfermeros focalizados en problema y los síndromes deben presentar factores relacionados; los diagnósticos de promoción de la salud pueden presentar factores relacionados si estos aportan claridad al diagnóstico.

Son las causas del diagnóstico real y Gordon[1] afirma que son la base para la actuación de enfermería. Ese *planteamiento etiológico* de los diagnósticos enfermeros también lo defendió Iyer y colaboradores cuando en sus recomendaciones para la correcta formulación de los diagnósticos sugerían *"utilizar diagnósticos que proporcionan una guía para la planificación de las intervenciones independientes de enfermería; relacionarlos con causas precisas tratables por enfermería"*[36].

Hasta la edición de 2019 la NANDA-I incluía factores relacionados que no eran manejables por enfermería (multicausalidad, enfermedad, etc.) y que se justificaban porque eran útiles para diagnosticar. El problema era que permitía formular diagnósticos de enfermería que no podían ser tratados de manera independiente por una enfermera y necesitaba la prescripción de un médico o de otro profesional de la salud. Así, por ejemplo, era posible diagnosticar un Deterioro de la deglución, o una Hipertermia relacionada con Enfermedad, generando así un Diagnóstico Enfermero que para su resolución hacía imprescindible una prescripción médica que tratase la enfermedad.

La recomendación de la NANDA-I, de que las intervenciones sean dirigidas a los factores relacionados[20], aclara definitivamente el campo de autoridad de la Enfermería.

Muchos de los antiguos factores relacionados o de riesgo ahora han sido reubicados como poblaciones de riesgo o condiciones asociadas, que permiten identificar claramente la información que es útil cuando diagnosticamos, aunque esta no sea susceptible a intervenciones enfermeras independientes. Aparecen así dos componentes nuevos:

5.1.6 POBLACIÓN DE RIESGO

Grupos de personas que comparten características sociodemográficas, historia de salud/familiar, etapas de crecimiento/desarrollo, o exposición a ciertos eventos/experiencias que hace que todos los individuos sean susceptibles a una respuesta humana particular. Estas características no son modificables por intervenciones enfermeras independientes.

5.1.7 CONDICIONES ASOCIADAS

Diagnósticos médicos, procedimientos diagnósticos/quirúrgicos, dispositivos médicos/quirúrgicos o agentes farmacológicos. Estas condiciones no son modificables por intervenciones independientes enfermeras, pero podrían apoyar la precisión en el diagnóstico de enfermería.

Estos dos nuevos grupos permiten clarificar la selección de etiologías que sean modificables mediante acciones independientes de enfermería, evitando la confusión con condiciones asociados, que siendo útiles para el diagnóstico requieren prescripciones médicas para su resolución.

5.2 TIPOS DE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

Las situaciones que dan lugar a identificar problemas de salud que la enfermería puede resolver de manera autónoma son variadas y en base a ello la NANDA diferencia cuatro tipos de diagnósticos de enfermería[20]: real, de riesgo, promoción de la salud y síndrome.

5.2.1 DIAGNÓSTICO FOCALIZADO EN EL PROBLEMA[o]

Juicio clínico en relación con una respuesta humana no deseada de una persona, cuidador/a, familia, grupo o comunidad, a una afección de salud/proceso vital.

Para diagnosticar una respuesta como un diagnóstico focalizado en el problema debe estar presente lo siguiente: características definitorias (manifestaciones, signos y síntomas) que se agrupan en patrones de claves o inferencias relacionadas, y también factores relacionados (factores etiológicos) que se relacionan con, que contribuyen a, o que son antecedentes del foco diagnóstico.

5.2.2 DIAGNÓSTICO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Juicio diagnóstico sobre las motivaciones y deseos de una persona, cuidador/a, familia o comunidad de aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud.

Estas respuestas se expresan por una disposición para mejorar los comportamientos específicos de salud y pueden ser utilizados en cualquier estado de salud. En personas incapaces de

o Hasta la edición de 2014 este tipo de diagnóstico era denominado *Diagnóstico Real.*

expresar su propia disposición para mejorar las conductas de salud, la enfermera puede determinar que existe una situación de promoción de la salud y actuar en nombre de la persona.

Los diagnósticos de promoción de la salud contienen características definitorias que reflejan un deseo de mejorar una conducta habitual o respuesta, o que representan esa posibilidad en pacientes que no pueden expresar su propia disposición. Pueden usarse factores relacionados si ello mejora la comprensión del diagnóstico.

5.2.3 DIAGNÓSTICO DE RIESGO[p]

Juicio clínico en relación con la susceptibilidad de una persona, cuidador/a familia, grupo o comunidad para desarrollar una respuesta humana no deseada a una afección de salud/proceso vital.

Para identificar un diagnóstico de riesgo hay que apoyarse en factores de riesgo que contribuyen al aumento de la susceptibilidad.

5.2.4 SÍNDROME

Juicio clínico que describe un grupo específico de diagnósticos enfermeros que aparecen juntos y que se tratan de forma más correcta conjuntamente a través de intervenciones similares.

Para utilizar un diagnóstico de síndrome, se deben utilizar dos o más diagnósticos enfermeros como características definitorias. Se pueden usar factores relacionados si añaden claridad a la definición.

6 ENUNCIADO DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

El diagnóstico de enfermería pretende describir un estado de salud alterado que es susceptible de ser resuelto mediante prescripciones enfermeras. Las etiquetas diagnósticas, tal como figuran en la clasificación NANDA, no informan suficientemente de esta situación y son necesarios datos complementarios sobre las causas y las manifestaciones en las que se apoya tal diagnóstico, ya que un diagnóstico de enfermería varía en función de la diversidad de las personas, a diferencia del diagnóstico médico que es estable con independencia de las acepciones personales.

Marjory Gordon propuso en 1976 el enunciado del diagnóstico según una frase que consta de tres partes y se conoce por las siglas *"PES"* (***P***: Problema; ***E***: Etiología; ***S***: Signos o síntomas)[1]. El *problema* corresponde a una "Etiqueta" de la lista de la NANDA; la *etiología* es equivalente a los "Factores Relacionados o de Riesgo", y por último los *signos* o *síntomas* son las "Características Definitorias". Cada parte del enunciado se une con unos nexos expresados frecuentemente en siglas y que corresponden a: *"en relación con"* (r/c) para unir el problema y la etiología y *"manifestado por"* (m/p) que une la etiología con signos o síntomas, quedando la frase completa:

***P**roblema r/c Etiología m/p **S**ignos o **S**íntomas*

6.1 ENUNCIADO DE TRES PARTES

El enunciado completo identifica a un **diagnóstico real**, ya que es el único que puede presentar manifestaciones al ser un problema que está activo en el momento de emitir el juicio diagnóstico.

p En las primeras ediciones de la clasificación se denominó *Diagnóstico Potencial.*

*Etiqueta (**P**) r/c Factores relacionados (**E**) m/p Característica definitorias (**S**)*

6.2 ENUNCIADO DE DOS PARTES

Se utiliza para designar *diagnóstico de riesgo*, dado que este problema, al ser una posibilidad y no una realidad actual, no presenta manifestaciones clínicas (características definitorias). En la clasificación de la NANDA, estos diagnósticos figuran con la Etiqueta, en la que el problema va precedido por la expresión "Riesgo de", y a continuación los Factores de riesgo.

*Etiqueta (**P**) r/c Factores de riesgo (**E**)*[q]

6.3 ENUNCIADO DE UNA PARTE

Se enuncian exclusivamente con la etiqueta los diagnósticos de *promoción de la salud* y los *síndromes*.

Los diagnósticos de *promoción de la salud* deben enunciarse con una etiqueta propuesta en la clasificación (ej., Lactancia materna eficaz, Manejo efectivo del régimen terapéutico, etc.), precedido por la expresión "Disposición para mejorar…". La expresión "Potencial de mejora…" era utilizada con la Taxonomía I y quedó descartada al aprobarse la Taxonomía II[16].

*Disposición para mejorar + Etiqueta (**P**)*[r]

El *síndrome* también se enuncia con una parte (*Etiqueta*). La clave del reconocimiento del síndrome es el factor causal único. Al ir incluido éste en la etiqueta se enuncia con sólo una parte. Cuando se diagnostica un síndrome es importante: a) identificar el factor etiológico del síndrome; b) valorar todos los diagnósticos enfermeros descritos en el síndrome actualmente, e c) incluir todos los problemas en el desarrollo de un plan de cuidados.

En la edición de 2019 la NANDA-I se ha posicionado sobre la formulación de los diagnósticos, indicando que deben incluir etiqueta, factores relacionados y características definitorias.

También hizo otro posicionamiento sobre la valoración enfermera; y si bien no avala un método único de valoración, sí considera que los Patrones Funcionales de Salud de Gordon deben guiar las valoraciones que llevan a determinar los diagnósticos enfermeros de NANDA-I[20].

7 MANEJO DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Partiendo de un *patrón disfuncional* (necesidad fundamental no cubierta, etc.) se procede de la siguiente manera:

1º) Se selecciona el diagnóstico cuya *etiqueta* mejor sugiera la alteración que presenta el paciente (Ver árbol de decisiones del juicio diagnóstico).

2º) Se comprueba que la *definición* describe perfectamente dicho estado.

3º) Se elige uno o varios *factores relacionados* en caso de diagnóstico focalizado en el problema, o *factores de riesgo* si el diagnóstico es también de riesgo. Es importante asegurar que las etiologías elegidas permiten la actuación independiente (o

q En este caso hay que entenderlo como Factor de riesgo y no etiológico.

r Problema hay que entenderlo en sentido teórico.

responsabilidad principal) del profesional de enfermería para modificar su efecto. De no ser así estaríamos ante un problema de colaboración.

4º) En caso de un *diagnóstico real* se comprueba la presencia de, al menos, una *característica definitoria*, confirmando de este modo la existencia del problema.

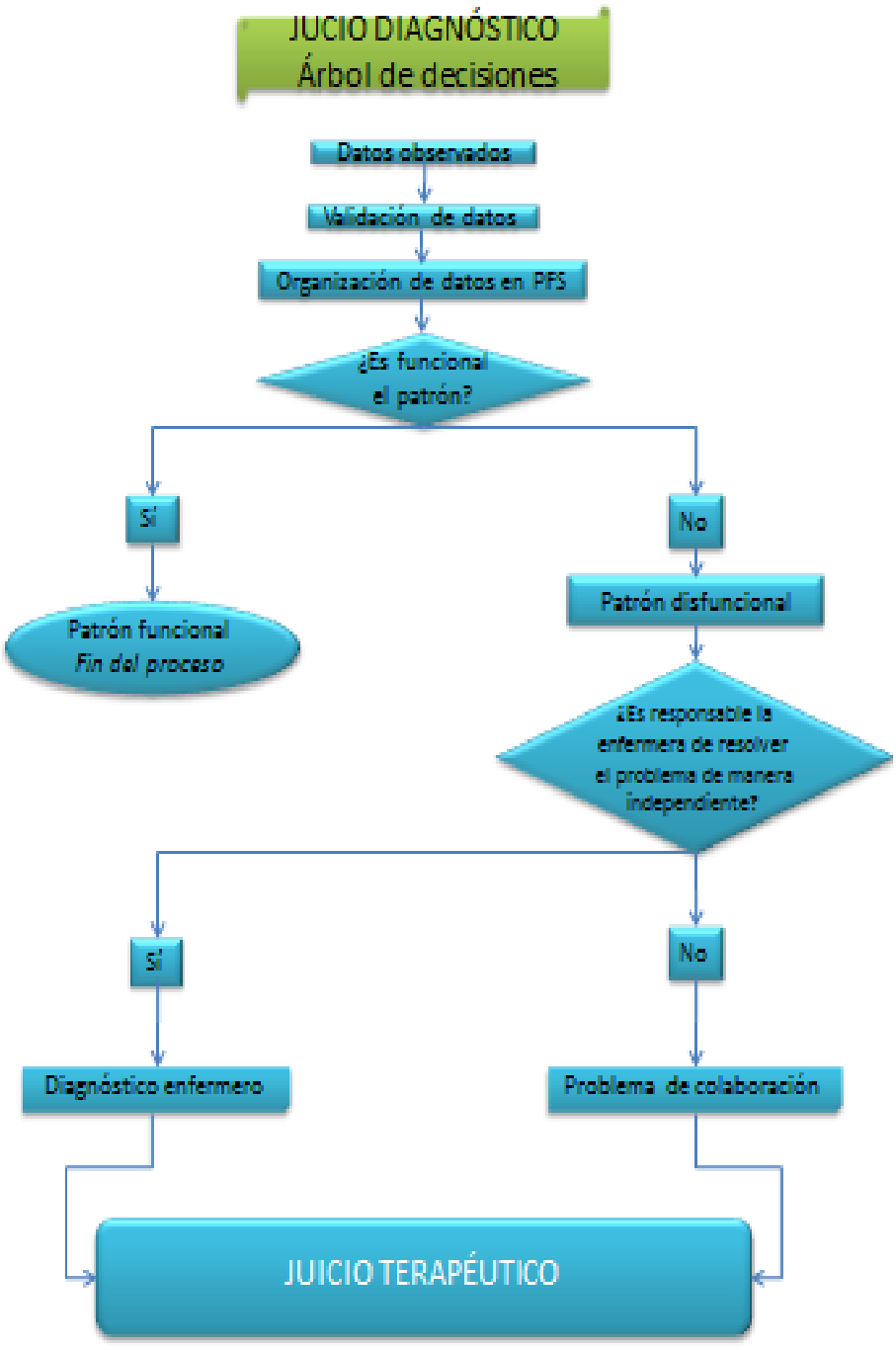


Fig. 4.2: Árbol de decisiones del juicio diagnóstico

Como ejemplo práctico, se resuelve en la tabla 4.4 el juicio diagnóstico del caso práctico presentado en la tabla 3.3.

Tabla 4.4: Ejemplo práctico de juicio diagnóstico

Juicio diagnóstico
I) Análisis de datos (Patrones disfuncionales)
• ***Patrón 2:*** **disfuncional por eritema inflamatorio en región sacra. Los eritemas en occipucio, región escapular y talones son reactivos a la presión.** • ***Patrón 4:*** **disfuncional por inmovilidad.** • ***Patrón 6:*** **disfuncional por dolor.**
II) Identificación de problemas
✓ ***Patrón 2:*** **Problema enfermero (Deterioro de la integridad cutánea); Etiología (inmovilidad física); Signo (alteración de la superficie de la piel).** ✓ ***Patrón 4:*** **Problema de colaboración (Inmovilidad).** ✓ ***Patrón 6:*** **Problema enfermero (Dolor); Etiología (agente lesivo: hipoxia); Síntoma (manifestación de la paciente).**
III) Formulación de diagnósticos enfermeros
▪ **Deterioro de la integridad cutánea r/c presión continua m/p eritema cutáneo** ▪ **Dolor r/c presión continúa m/p quejas del paciente**

8 PRECISIÓN DIAGNÓSTICA

Para hablar de precisión diagnóstica vamos a partir del concepto de *precisión* del DLE: *"Abstracción o separación mental que hace el entendimiento de dos cosas realmente identificadas, en virtud de la cual se concibe la una como distinta de la otra"*. Y esto es lo que debemos de proponernos al diagnosticar problemas enfermeros, diferenciar etiquetas que tengan cierta similitud pero que expresen conceptos distintos y distinguibles. La precisión diagnóstica debe atender a la selección de la etiqueta adecuada que defina el estado del paciente, pero también la selección de factores etiológicos y las manifestaciones clínicas.

Al revisar la literatura sobre esta materia hemos observado dos focos de interés en los estudios sobre precisión: a) *Constructo teórico*: se refiere a estudios sobre los diagnósticos, como concepto teórico y sus componentes, y b) *Juicio diagnóstico*: factores que afectan al profesional de enfermería a la hora de hacer un juicio y enunciar un diagnóstico enfermero.

8.1 PRECISIÓN DEL CONSTRUCTO DIAGNÓSTICO

Distintos estudios han constatado la dificultad de las enfermeras para diferenciar entre diagnósticos parecidos: Trastorno de los procesos de pensamiento y Trastorno de la percepción sensorial, o la conocida dificultad para diferenciar entre temor y ansiedad. Un estudio reciente en este ámbito ha sido el realizado por Diz, en su tesis doctoral, comparando los diagnósticos Incumplimiento del tratamiento y Manejo inefectivo del régimen terapéutico[59]. De su estudio se ha podido constatar la existencia de varias características definitorias y factores relacionados similares que se puede entender que, si incrementan la imprecisión, la elección de la etiqueta puede no ser la adecuada para identificar la respuesta humana concreta a la que un profesional se debe enfrentar.

Este problema, que puede ser imputado en parte a la falta de conocimientos de los profesionales, también se ha constatado como producto de la imprecisión de los diagnósticos en la definición o en la ambigüedad de las características definitorias que permiten identificarlos.

La NANDA promueve la investigación de las etiquetas de su clasificación para aumentar los niveles de evidencia científica y hacerlos más descriptivos, precisos y útiles para la práctica clínica enfermera.

8.2 PRECISIÓN DEL JUICIO DIAGNÓSTICO

Lunney citando a Carnevali y Gordon[50], menciona tres factores que afectan a la precisión del juicio que puede elaborar un profesional de enfermería: a) el contexto situacional en el que se desarrolla la tarea diagnóstica, b) la propia tarea diagnóstica y c) el profesional.

A Contexto situacional

El contexto incluye múltiples elementos que rodean al profesional en su labor asistencial, entre los que requieren de una especial mención las *políticas del centro*. En un entorno donde el enfoque asistencial está centrado en la curación de la enfermedad aguda y la medición de costes basado en intervenciones médicas, puede tener dificultades la atención centrada en la respuesta humana, más compleja, variada, y de resultados a más largo plazo, por afectar a la manera de vivir la enfermedad y no a la enfermedad misma. Las políticas del centro también condicionarán los *recursos diagnósticos* que estarán a disposición del profesional: documentación clínica, bibliografía especializada, personal de apoyo, etc.

La propia *especialización* de la unidad en la que se presten servicios (unidades de emergencias, cuidados intensivos, etc.) condicionará la forma de abordar los problemas del paciente.

Las *expectativas y actitudes de los profesionales de enfermería hacia el diagnóstico enfermero* condicionan igualmente la puesta en marcha de iniciativas relacionadas con el diagnóstico y por tanto la precisión de los juicios que emitamos. Incluso, en el mejor de los casos, cuando se acepta el diagnósticos enfermero, Brito afirma que quizás el factor que más afecta a la precisión diagnóstica sea la falta de consenso, entre los profesionales, del tipo de problemas que diagnostica la enfermería[60].

B Tarea diagnóstica

Realizar un diagnóstico de enfermería consiste en emitir un juicio sobre las respuestas humanas a la enfermedad, proceso vital, que necesitan cuidados de enfermería y diferenciarlas de aquellas que requieren otro tipo de asistencia sanitaria. La dificultad que tiene esta tarea es que consiste en interpretar la *respuesta humana* de los pacientes en relación con su salud; es decir, inferir, de los indicios que se observan en el paciente, el significado que tienen para él y que afectan a su forma de actuar frente a su enfermedad.

Este territorio teórico (disciplina enfermera) está iniciando su desarrollo y es comprensible su dificultad y variabilidad de planteamiento entre unos profesionales y otros.

C Profesional de Enfermería

El profesional afecta a la precisión en dos sentidos: 1º- por los conocimientos que dispone sobre los diagnósticos enfermeros y 2º- por las habilidades diagnósticas de las que dispone. No parece necesario recordar que solo se pueden hacer juicios sobre algo cuando se dispone de los conocimientos necesarios para ello. Por mucha metodología que se aprenda y muchas habilidades técnicas de las que se disponga, solo se podrá identificar un problema y plantear su tratamiento cuando los conocimientos acompañen y el profesional sea capaz de hacer distinciones precisas entre problemas similares y elegir opciones terapéuticas entre un buen conjunto de alternativas que forman parte de un arsenal que maneje con soltura. Una vez garantizado este dominio, o al menos un buen manejo de fuentes bibliográficas que permitan una guía eficaz ante información clínica compleja, es imprescindible tener un buen nivel de manejo

de las técnicas diagnósticas, especialmente de la *entrevista*, herramienta esencial en enfermería puesto que es la técnica que mejor obtiene información de las percepciones y sentimientos del paciente sobre su enfermedad y que influirán en la forma de afrontarla.

Seguir las técnicas de pensamiento crítico y ser escrupuloso en la atención a los puntos ya comentados previamente, contribuyen a mejorar la precisión de los diagnósticos que se emiten. Algunos autores han desarrollado escalas de valoración de la precisión de diagnósticos, como los trabajos de Lunney[61], o algoritmos como el desarrollado por Brito[60]; estudios a los que es recomendable dirigirse para profundizar en este tema.

No obstante, podemos recomendar un conjunto de acciones que contribuyen a mejorar la precisión diagnóstica:

1º- Los datos en los que basa su juicio diagnóstico están validados y son completos.

2º- Las manifestaciones clínicas en las que apoya el diagnóstico son indicadores importantes del problema.

3º- La situación clínica que identifica el diagnóstico coincide perfectamente con la definición de la etiqueta elegida.

4º- El diagnóstico define una respuesta humana y no una enfermedad o una manifestación de la misma.

5º- Se identifican causas del diagnóstico cuyo tratamiento es responsabilidad de la enfermería.

9 ERRORES MÁS FRECUENTES EN LA ELABORACIÓN DEL JUICIO DIAGNÓSTICO

A Darle un nombre nuevo a un diagnóstico médico

Probablemente el error más frecuente cometido por las enfermeras es renombrar un diagnóstico médico (Ej. Hablar de *Deterioro del intercambio de gases* para describir la situación de un paciente con *Neumonía*). El cometido del diagnóstico de enfermería es dar nombre a problemas que requieren solución autónoma y responsable de la Enfermería; no ayuda en absoluto a nuestra profesión el hecho de renombrar problemas médicos, ya que estos siempre necesitarán de una solución médica y nosotros mismos nos quedaremos, de esta manera, en su campo, tanto a la hora de actuar, a la hora de investigar, como de enseñar a las nuevas enfermeras a resolver sus propios problemas.

B Utilizar diagnósticos de enfermería sin confirmar

En ocasiones la enfermera, empujada por la necesidad de diagnosticar todas las situaciones, tiende a confirmar diagnósticos sobre los cuales no hay información suficiente; en ocasiones la falta de características que confirmen una categoría hace imaginar (inventar) signos o síntomas que confirmarían el diagnóstico. Un error muy habitual es atribuir a todos los pacientes con *dieta absoluta*, el diagnóstico de *Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales*.

C Utilizar un diagnóstico para justificar una acción

Un caso particular del problema anterior lo constituye transformar en diagnóstico toda acción enfermera. O, dicho de otra manera, si hay que desarrollar una acción, rutinaria o incluso previamente prescrita por un médico, en el informe posterior aparecerá un diagnóstico que lo

pueda justificar (Ej. Un médico ordena una pauta analgésica y la enfermera transcribe a la historia clínica el diagnóstico de *Dolor agudo*, aunque no haya aportación alguna más al cuidado del paciente que el medicamento prescrito)

D Omitir situaciones problemáticas en la documentación

El trabajar centrando nuestro esfuerzo en la identificación de DE no debe implicar el rechazo de información que no conduzca a la formulación de diagnósticos. Los problemas del paciente no sólo son los de Enfermería. La enfermera no sólo actúa en los problemas independientes, y el buscar y registrar sólo la información que nos confirme los diagnósticos que figuran en una clasificación que no está completa, nos conduce a mirar al paciente de forma parcial e incompleta, a no actuar en campos que son tradicionales en la Enfermería y a no avanzar en el conocimiento de nuevos problemas independientes y por tanto a no poder ampliar la lista de diagnósticos.

V – PLANIFICACIÓN ENFERMERA

Ramón del Gallego Lastra, Jorge Diz Gómez, Mª Antonia López Romero, Francisco Javier Pérez Rivas

1 INTRODUCCIÓN

La planificación consiste en el desarrollo de estrategias para evitar, reducir o corregir los problemas identificados en el juicio diagnóstico. Es la fase en la que se toman las decisiones que posibilitan la solución a los problemas de salud de los pacientes.

Cronológicamente tenemos tres tipos posibles de planificación: Planificación inicial, Planificación continua y Planificación al alta[19].

La **Planificación inicial**, como su nombre indica, es aquella que se realiza en el primer contacto con el paciente y suele ser completa, puesto que aborda todos los aspectos del cuidado del paciente.

La **Planificación continua** se lleva a cabo cuando se han producido cambios en la situación del paciente que aconsejan la introducción de modificaciones en el plan de acción. Suele ser una *planificación focalizada*.

La **Planificación al alta** se realiza cuando va a terminar la relación entre la enfermera y su paciente, por solución definitiva del problema de salud de la persona o por paso de ésta a otro ámbito de actuación profesional.

Planificar los cuidados implica tres pasos esenciales:

1º) Jerarquización de los problemas;

2º) Establecimiento de objetivos/resultados esperados; y

3º) Plan de acción (órdenes de enfermería).

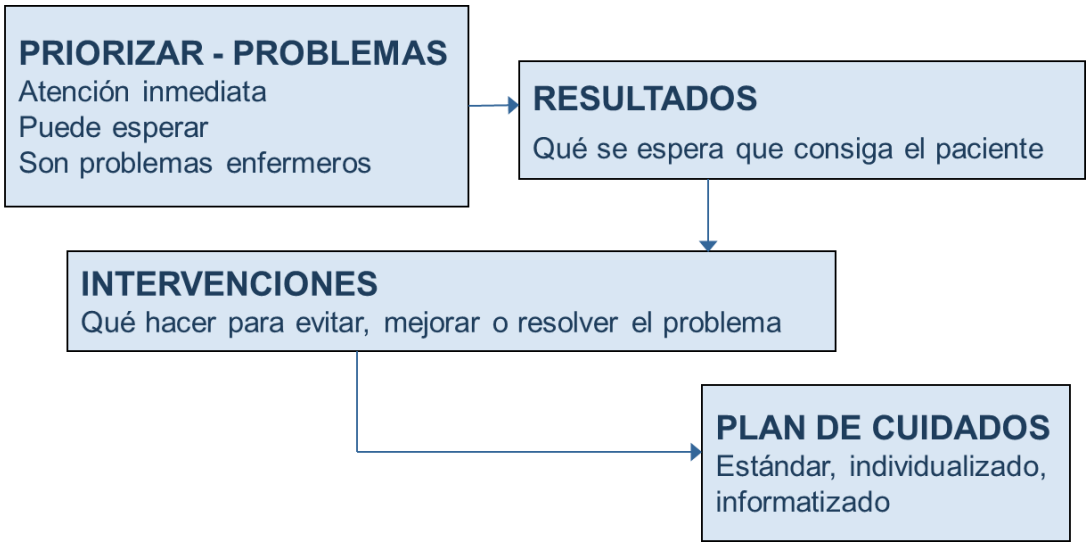


Figura 5.1: Esquema del proceso de planificación

2 JERARQUIZACIÓN DE PROBLEMAS

Implica establecer las *prioridades* para decidir qué problema ha de atenderse con anterioridad a otro. Se suele acudir a la jerarquía de Maslow (fig. 7.1) para ordenar las prioridades, pero es un sistema que, en determinadas circunstancias, tiene poca precisión.

Fig. 5.2. Pirámide de Abraham Maslow

Alfaro propone una jerarquía que se organiza en torno a tres categorías[33]:

> Inmediato (Categoría uno): Problema que puede comportar la pérdida de una parte del cuerpo o de la vida: problemas respiratorios; problemas cardiocirculatorios; termorregulación.
>
> Urgente (Categoría dos): El problema no implica peligro para la vida o para una parte del cuerpo, pero su avance supone un deterioro importante de la salud. Requiere una acción a corto plazo: estado mental (consciencia); problemas médicos no resueltos; dolor agudo; problemas de eliminación urinaria; valores de laboratorio anormales; riesgo de infección o para la seguridad.
>
> No urgente (Categoría tres): Problema con evolución larga, que el paciente ha soportado un tiempo. Su presencia no es un factor crítico: problemas no incluidos en las categorías anteriores (actividad, reposo, déficit de conocimientos, afrontamiento inefectivo, etc.).

Así mismo podemos priorizar los problemas atendiendo al siguiente esquema[16]:

> 1º) Problemas de colaboración o diagnósticos de Enfermería que amenacen la vida de la persona.
>
> 2º) Problemas prioritarios para el paciente y que pueden impedir centrarse en problemas que son más urgentes, aunque no sean percibidos como tal por él.
>
> 3º) Problemas que contribuyen a la aparición de otros.
>
> 4º) Problemas que tienen la misma causa y que se pueden abordar de manera conjunta.
>
> 5º) Problemas de resolución sencilla.

Se utilice un criterio u otro, lo que siempre se debe tener en cuenta son los valores y creencias del paciente con respecto a la salud y la existencia o no, de recursos disponibles para llevar a cabo el plan de acción.

3 OBJETIVOS

Los objetivos *"describen, en términos de respuesta observable del paciente, lo que el profesional de enfermería espera conseguir poniendo en práctica las intervenciones de enfermería"* [19]. Son la referencia que se establece para evaluar los resultados obtenidos tras la acción terapéutica.

3.1 TIPOS DE OBJETIVOS

Los objetivos pueden atender a distintas finalidades y en función de ellas desarrollar su clasificación. El centro de atención de la enfermera, es decir, los dos tipos de problemas que identifica (diagnóstico enfermero y problema de colaboración), es uno de los criterios clasificatorios más útiles. En función a ello Carpenito aconseja diferenciar dos tipos de objetivos[56]:

a) **objetivos del paciente** para los *diagnósticos de enfermería*, pues es la enfermera la responsable de resolver el problema del paciente y responder del estado que alcanzará al final de su intervención. Alfaro (1992) define los objetivos del paciente como *"enunciados que describen una conducta mesurable del cliente, familia o grupo, que denota un estado favorable (modificado o mantenido) después de haberse puesto en práctica un cuidado de enfermería"*.

b) **objetivos de la enfermera** para los *problemas de colaboración*, centrándose en las acciones que ha de realizar la enfermera para mantener o controlar el problema de colaboración, pero una vez se produzca este, la responsabilidad de su resolución es del médico (u otro profesional), y por tanto quien tiene como objetivo devolver al paciente al estado de normalidad fisiológica es este profesional.

Alfaro divide los objetivos en función de tres dominios relacionados con las competencias del paciente[34]:

a) **Afectivos:** asociados con los cambios de actitud, sentimientos o valores.

b) **Cognitivos:** relacionados con la adquisición de conocimientos o habilidades intelectuales.

c) **Psicomotores:** tratan del desarrollo de habilidades psicomotoras.

Benavent y colaboradoras elaboran varias clasificaciones atendiendo a distintos ejes[24]:

A) <u>Tipo de acción o cambio que expresa</u>

- *Restituto:* Resolución de un problema real, restableciendo el nivel de salud y bienestar previo.
- *Mantenimiento:* Controlar una situación para que un riesgo no se transforme en problema real.
- *Conservación:* Partiendo de un diagnóstico de salud se busca mantener el nivel actual de bienestar.

B) El tiempo que se considera necesario para obtener los resultados deseados

- *Corto:* Plazos menores a una semana.
- *Medio:* Entre una semana y un mes.
- *Largo:* Periodos de varias semanas o meses.

C) El sujeto que debe llevar a cabo la acción que expresa el objetivo

Esta clasificación corresponde a los objetivos que Carpenito denomina *de paciente* y *de enfermera* y que Luis y colaboradoras denominan *de diagnósticos enfermeros* y *de problemas de colaboración*, respectivamente[16].

- *Resultado:* Centrado en el individuo o grupo sujeto del cuidado. Expresa el cambio esperado en dicho sujeto para evaluar positivamente la acción y confirmar la resolución del problema, la no aparición o su conservación. Estos objetivos, dicen las autoras, deben quedar registrados en la documentación puesto que orientan la selección de acciones para la resolución del problema.
- *Proceso:* Se centran en la acción de la enfermera y expresan lo que ella debe hacer para conseguir el cambio en el problema que recoge el diagnóstico. Según las autoras, no es necesario que estos objetivos se registren, ya que, al ser acciones, y estas mismas figurar en la planificación, serían reiterativos.

D) Tipo de modificación del comportamiento del sujeto que se espera obtener

Corresponden exactamente a la clasificación de Alfaro: afectivos, cognitivos y psicomotores.

3.2 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

Para plantear adecuadamente un objetivo se han de cumplir unos requisitos:

a) Centrarse en el paciente.

b) Ordenarse según prioridades de los problemas diagnosticados.

c) Ser realistas y alcanzables.

d) Formularse en términos de conducta observable (mesurables).

La correcta formulación de objetivos debe incluir:

1º) Descripción en *términos mesurables* del estado que se pretende alcanzar, lo que se logra iniciando la frase con verbos infinitivos de acciones fácilmente medibles (manifestar, identificar, realizar; mostrar una disminución de…, administrar, etc.).

2º) Un *contenido* que indique bajo qué circunstancias tiene el paciente que realizar las acciones: lo que el paciente tiene que hacer, experimentar o aprender. Deben contener "¿qué?, ¿cuánto?, ¿quién?, ¿dónde? y ¿cuándo?".

3º) Un *plazo* concreto de tiempo en el cual se espera que se pueda alcanzar el nivel de respuesta deseado.

Los objetivos pueden referirse a finalidades amplias y generales (p ej.: recuperar la movilidad del paciente) o centrarse en resultados concretos (p ej.: caminar 200 metros con una frecuencia

cardiaca inferior a 100 lpm). Es por ello que tradicionalmente se han clasificado como *generales*, *intermedios* y *específicos*. La máxima utilidad clínica está en los específicos que correspondería, en la clasificación NOC, a los *"indicadores"* por ser los instrumentos más útiles para evaluar los resultados obtenidos tras la aplicación de las acciones. Es por ello que actualmente se propugna la utilización de una clasificación normalizada de los criterios de resultados, la Clasificación de Resultados de Enfermería, para facilitar su selección y homogeneizar el lenguaje utilizado en la formulación de objetivos.

3.2.1 CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)

Marion Johnson y Meridean Maas, lideran un grupo de enfermeras que en 1991 crean el Iowa Outcomes Project para trabajar en la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC, del inglés Nursing Outcomes Classification). Este grupo define *resultado* como *"un estado, conducta o percepción variable de una persona, familia o comunidad, medido a lo lardo de un continuo, en respuesta a una intervención o intervenciones enfermeras"*. Describen el estado y la conducta o percepción de un paciente, cuidador, familia o comunidad. Incluye resultados individuales, familiares y comunitarios influidos por intervenciones de enfermería independientes y de colaboración[3].

Características de los criterios de resultado NOC:

- Son *conceptos variables*, que pueden medirse progresivamente y compararse con un estado basal o anterior. Reflejan, en todo momento, la condición real del paciente.
- Son *neutros*, no especifican el estado deseado. Tienen distintos niveles de especificidad: de más genérico a más concreto. Por ej. Control del riesgo; Control del riesgo: consumo de alcohol. Si bien sus indicadores, son más específicos y pueden representar resultados intermedios.
- Son *sensibles al cuidado enfermero*, es decir, susceptibles de ser alcanzados a través de los cuidados enfermeros.

Los criterios de resultados, por tanto, aportan datos del paciente ANTES del cuidado enfermero (datos coincidentes con el problema/diagnóstico), DURANTE el cuidado (indicándonos si se avanza en la resolución del problema o por el contrario se ha estancado la situación o si ha empeorado) y DESPUES de terminar la ejecución de los cuidados (indicándonos el resultado final de la intervención enfermera).

La clasificación agrupa 540 resultados en 7 dominios y 34 clases:

1) *Salud funcional:* describen la capacidad y realización de las actividades básicas de la vida.

2) *Salud fisiológica:* describen el funcionamiento orgánico.

3) *Salud psicosocial:* describen el funcionamiento psicológico y social.

4) *Conocimiento y conducta en salud:* describen actitudes, comprensión y acciones con respecto a la salud y a la enfermedad.

5) *Salud percibida:* describen impresiones percibidas sobre la salud y la asistencia sanitaria del individuo.

6) *Salud familiar:* describen el estado de salud y conducta o el funcionamiento en salud de la familia en conjunto o de un individuo como miembro de la familia.

7) *Salud comunitaria*: describen la salud, el bienestar y el funcionamiento de una comunidad o población.

La información que la clasificación NOC proporciona de cada criterio de resultados incluye:

a) Una *etiqueta* que identifica el resultado.

b) Una *definición*, que describe con cierta amplitud la respuesta que se pretende alcanzar

c) Una lista de *indicadores*: *"el estado específico del paciente que es más sensible a las intervenciones de enfermería y para el cual pueden definirse procedimientos de medida"*.

d) Una *escala Likert* de cinco puntos en la que el 1 refleja la peor puntuación posible para el resultado y el 5 la puntuación más deseable. Un valor 1 representa una desviación severa de la normalidad; 2 representa una desviación sustancial; 3 una desviación moderada; 4 una desviación leve, y 5 indica la normalidad. Esta puntuación se aplica así en las 14 escalas que hay para permitir su adaptación a los 540 indicadores de la clasificación.

e) Una lista de *referencias bibliográficas*.

A MANEJO DE LA NOC

Partiendo de un *diagnóstico enfermero*, que implica la disfuncionalidad de un patrón se procede:

1º) Seleccionando, en un dominio de la clasificación NOC, el *resultado* cuya definición describa mejor el estado, conducta o percepción del paciente que se quiere alcanzar mediante la aplicación de cuidados de enfermería.

2º) Se seleccionan los *indicadores* que describan las repuestas del paciente medibles y que permitirán controlar su evolución. Es el elemento operativo del resultado, el objetivo específico, puesto que es con lo que se evaluará la evolución del paciente.

3º) De cada indicador se eligen *dos puntuaciones* en la escala Likert:

1º- La *primera* identifica el estado actual del paciente.

2º- La *segunda* es el estado del paciente que nos proponemos alcanzar, es decir, el objetivo final.

En la selección del criterio de resultados, la clave es la identificación, a través de los indicadores, de los factores o manifestaciones que se relacionan o representan la situación que vamos a tratar mediante el cuidado enfermero. Es decir, los indicadores seleccionados deben ser un fiel reflejo de lo que consideramos el problema o estado motivo de intervención enfermera. De esta forma, coincidirán, antes de intervenir, con los factores relacionados o de riesgo del problema, o con las manifestaciones, las características definitorias del correspondiente diagnóstico NANDA. Al mismo tiempo, facilitarán la selección del cuidado o tratamiento que se va a utilizar para conseguir una evolución acorde con el objetivo planteado. Desde esa perspectiva, podemos afirmar que el criterio de resultados NOC, contribuye a la precisión del juicio clínico diagnóstico y terapéutico.

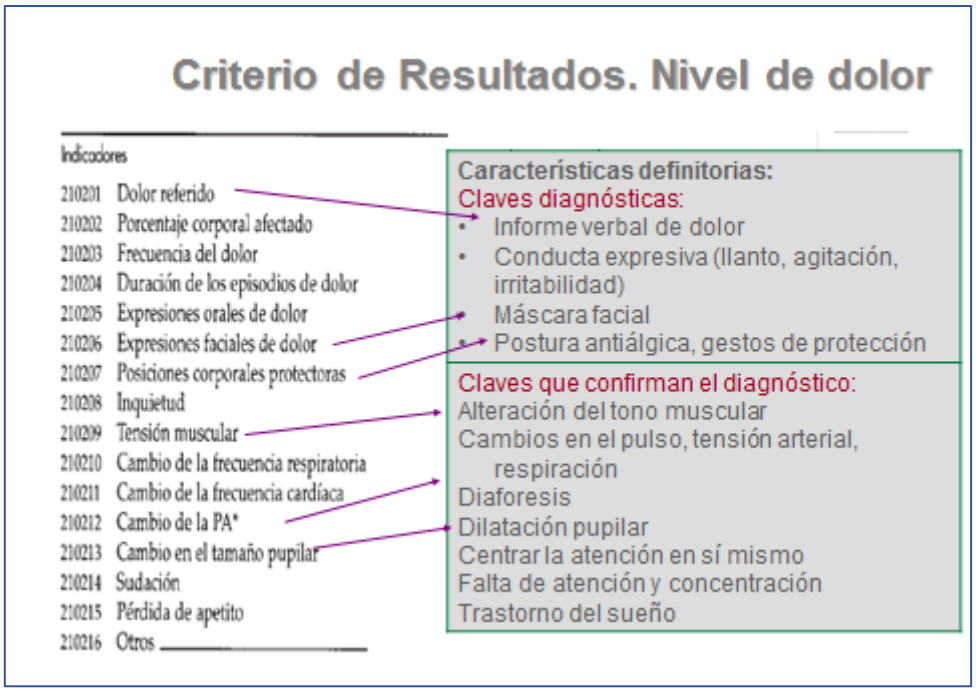


Figura 5.3: Correspondencia indicadores NOC con manifestaciones del diagnóstico Dolor agudo

La elección de un resultado se hará siguiendo criterios relacionados con:

- las características del paciente, tanto personales (edad, sexo, valores, etc.) como relacionadas con el estado de su salud,
- los recursos de apoyo para la realización de los cuidados
- las preferencias del paciente
- las distintas opciones de tratamiento existentes

4 ELABORACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

A continuación de los objetivos se redacta el plan con las acciones a ejecutar. El Plan de cuidados puede ser:

- **Individualizado**, el que responde a las necesidades exclusivas de un paciente concreto,
- **Estandarizado**, si lo que se pretende es especificar los cuidados enfermeros dirigidos a grupos de pacientes con necesidades comunes[19].

El orden en la redacción de las acciones debe respetar las prioridades establecidas en la jerarquización. La acción se redactará siguiendo el patrón típico de las órdenes terapéuticas:

1º) **Verbo** exacto de la acción

2º) **Contenido**

3º) **Tiempo** de duración de la prescripción

4º) **Fecha**, y **firma** del profesional.

Al igual que ocurre con los objetivos, se ha desarrollado una clasificación que busca la normalización del lenguaje, con el que se expresan las acciones profesionales, y facilitar la prescripción de cuidados de enfermería.

4.1.1 CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

Joanne McCloskey y Gloria M Bulecheck promueven en 1987 la creación del Iowa Interventions Project que desarrolla la Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC, del inglés Nursing Interventions Classification). En 1995 se crea el Centro de Clasificación de Enfermería (CNC, del inglés Center for Nursing Classification) en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Iowa, para facilitar el desarrollo continuo y perfeccionamiento de la NIC y la NOC y promover su uso[4]. Ambas clasificaciones son teóricamente neutrales y se pueden utilizar con cualquier teoría y en cualquiera de los diversos contextos de enfermería y sistemas de prestación de asistencia sanitaria. Concretamente pueden utilizarse con NANDA-I, la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD, del inglés International Classification of Desease) y la Omaha System Problem List.

La clasificación NIC define *Intervención de Enfermería* como *"todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza una enfermera para favorecer el resultado esperado del paciente"*[s]. Podemos decir que una Intervención es un conjunto de *Actividades*, que a su vez son las *"acciones concretas, específicas que realizan las enfermeras para llevar a cabo una intervención que ayude al paciente a avanzar hacia los resultados de salud deseados"*.

Las intervenciones de la NIC son de varios tipos:

Directas: las que se aplican por relación directa con el paciente.

Indirectas: un tratamiento realizado lejos del paciente, pero en beneficio del paciente o grupo de pacientes.

A la Comunidad (o de salud pública): dirigidas a fomentar y a mantener la salud de la población.

Tratamiento puesto en marcha por la enfermera: intervención iniciada por una enfermera en respuesta a un diagnóstico de enfermería.

Tratamiento puesto en marcha por el médico: que supone la intervención iniciada por éste en respuesta a un diagnóstico médico pero llevada a cabo por un profesional de enfermería en respuesta a una prescripción médica. Este último concepto se amplía a tratamientos iniciados por otros proveedores de cuidados como farmacéuticos, fisioterapeutas o ayudantes médicos.

Las Intervenciones pueden tener distintos niveles de complejidad, pueden abarcar todas las competencias enfermeras y llevarse a cabo en todas las situaciones y contextos profesionales. Así mismo pueden ir dirigidas indistintamente a individuos, a familias o a comunidades.

La clasificación se agrupa en 7 dominios y 30 clases, donde se clasifican 565 intervenciones y aproximadamente 13000 actividades.

Los dominios son:

s La NANDA-I[2] define **Intervención enfermera independiente** como "intervención que puede ser iniciada por la enfermera profesional que va más allá de la monitorización básica, la derivación a otros profesionales, el cumplimiento de los protocolos institucionales, y/o aquellas que no requieren órdenes de otros profesionales. Son sancionadas por la reglamentación y regulación de la práctica enfermera.

1) *Fisiológico básico:* cuidados que apoyan el funcionamiento físico;

2) *Fisiológico complejo:* cuidados que apoyan la regulación homeostática;

3) *Conductual:* cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida;

4) *Seguridad:* cuidados que apoyan la protección contra peligros;

5) *Familia:* cuidados que apoyan a la unidad familiar;

6) *Sistema Sanitario:* cuidados que apoyan el uso eficaz del sistema de prestación de asistencia sanitaria;

7) *Comunidad:* cuidados que apoyan la salud de la comunidad.

La información que la clasificación NIC proporciona de cada intervención incluye:

a) **Etiqueta**: término o frase que identifica a la intervención.

b) **Definición**: contenido de la intervención que está estandarizado.

c) **Actividades**: acciones específicas que realiza la Enfermería para llevar a cabo una intervención y que ayudan al paciente a avanzar hacia el resultado deseado. Es el elemento operativo de la intervención.

d) **Referencias bibliográficas**.

La NIC abarca intervenciones con distintos niveles de complejidad. Algunas básicamente describen habilidades o técnicas (1) que, a su vez están incluidas en otras de cuidados concretos (2) o en las que constituyen tratamientos completos de determinadas situaciones (3).

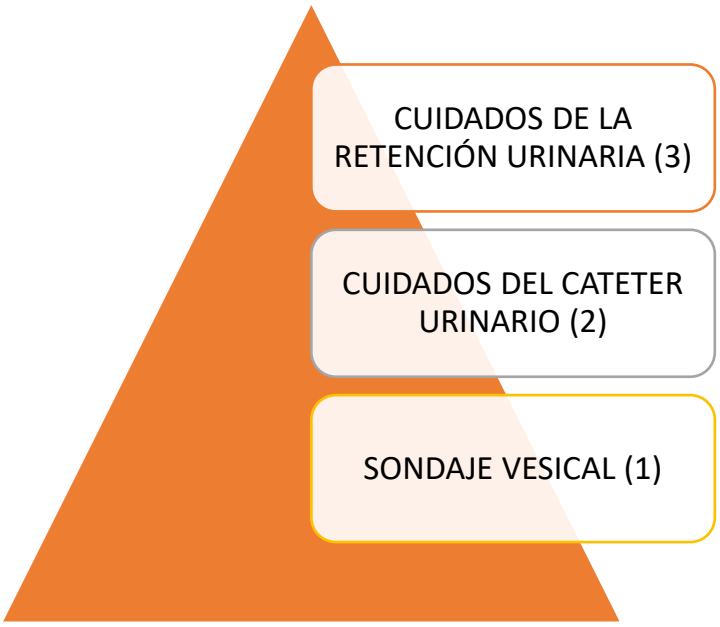


Fig. 5.4: Ejemplo de niveles de complejidad de la NIC

En otras ocasiones, varias intervenciones conforman una más compleja que constituye un tratamiento integral, como en el caso de los Cuidados de las úlceras por presión.

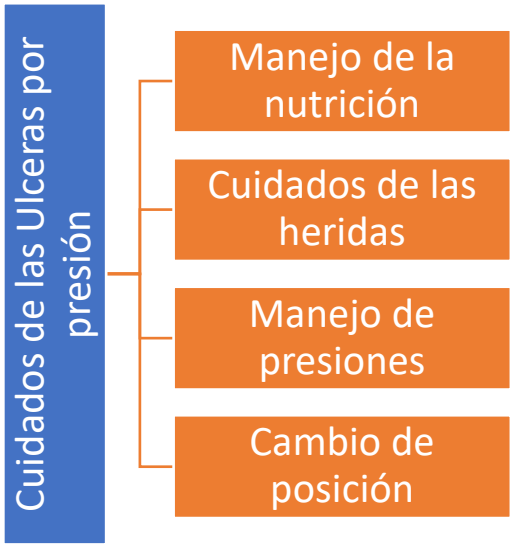


Fig. 5.5: Tratamiento enfermero integral

4.1.1.1 MANEJO DE LA NIC

Partiendo de un *resultado (objetivo)*, se procede:

1º) Seleccionando, en un campo de la clasificación NIC, la *intervención* cuya definición describa mejor el tipo de tratamiento que permitirá alcanzar los resultados esperados.

2º) Se seleccionan las *actividades* que concreten la acción específica que se ejecutará para alcanzar el objetivo fijado. Es el elemento operativo de la intervención.

Los criterios que se deben seguir para seleccionar una Intervención son:

- *ligarlas a un criterio de resultado* y a los factores causales o a las características del diagnóstico;
- que la Intervención tenga un *buen fundamento* desde el punto de vista de la evidencia científica o al menos en el consenso de expertos;
- que tenga *viabilidad* su realización;
- que sea *aceptada por el paciente* y relacionada con sus características tanto personales como de salud;
- que la enfermera tenga la suficiente competencia y *cualificación profesional* para realizarla con garantías de éxito.

En la tabla 5.1 se presenta un ejemplo práctico del juicio terapéutico sobre el juicio diagnóstico de la tabla 4.4.

Tabla. 5.1: Tratamiento enfermero integral

Caso práctico: Juicio terapéutico
I) Jerarquización de problemas
Atendiendo exclusivamente a los problemas enfermeros y estableciendo la red de relaciones etiológicas, que derivan en un objetivo común, concluimos que el dolor es provocado por la presión continua sobre la

región sacra que está formando una lesión ulcerosa en grado 1. En consecuencia, el problema prioritario a tratar es la lesión cutánea que provoca el dolor y la línea de actuación será combatir la causa común que es la presión
II) Establecimiento de objetivos (NOC)
Criterio de resultados: Integridad tisular: piel y membranas mucosa *Indicador:* Eritema (Escala Likert: 2 a 5, en 7 días)[t]
III) Selección de acciones (NIC)
Intervención: Prevención de úlceras por presión *Actividades:* ➢ Colchón de presión alternante ➢ Cambios posturales cada 2 horas ➢ No aplicar masaje en la zona de lesión ➢ Evitar la fricción en la piel ➢ Eliminar la humedad excesiva en la piel

El criterio de resultados facilita la selección de la NIC adecuada. A través de los indicadores y su medida, comprobaremos la pertinencia y efectividad de la intervención.

t El indicador *eritema* tiene asociado una escala Likert que de 1 a 5 se corresponde con las siguientes categorías: grave, sustancial, moderado, leve, ninguno. Al establecer objetivos se elige un descriptor que se corresponde al estado actual del paciente (2) y se propone alcanzar, en un tiempo concreto, el objetivo propuesto (5).

VI – EJECUCIÓN

Ramón del Gallego Lastra, Jorge Diz Gómez, Mª Antonia López Romero, Francisco Javier Pérez Rivas

1 INTRODUCCIÓN

Es la puesta en marcha del plan de cuidados mediante acciones tendentes a alcanzar los resultados previstos. La actuación de enfermería consiste en ejecutar aquellas acciones que precisa el paciente para cambiar el efecto de un problema. El proceso de ejecución implica las actividades de:

1) **Actualizar los datos**: Se repasarán y se añadirán, si procede, datos relativos a la salud del paciente.

2) **Revisar el plan**: Debe de reajustarse el plan cuando varían las respuestas del paciente.

3) **Informar sobre las acciones a ejecutar**: Antes de comenzar una actividad hay que preparar al enfermo, informándole de los procedimientos que se van a desarrollar y para ello se utilizará un lenguaje comprensible y adaptado a su nivel cultural. El artículo 4.1 de la Ley 41 de 2002 dice que *"los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, ..."*. Esta información se debe de *"proporcionar verbalmente dejando constancia por escrito en la historia clínica, comprende como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias"*. El titular del derecho a la información es el propio paciente o personas vinculadas a él, pero en este caso con su permiso expreso.

4) **Ejecutar el plan de acción**: Este apartado implica la auténtica puesta en marcha de la fase de ejecución y ello requiere una acción escrupulosa para lo cual es preciso considerar los siguientes pasos:

- Preparación de la técnica o procedimiento, buscando para ello las ayudas adecuadas que permitan una ejecución rápida y segura.
- Compenetración del equipo, a fin de evitar retrasos y problemas de coordinación que provoquen técnicas peligrosas.
- Individualización del paciente, adaptando el plan, en la medida de lo posible, a las apetencias de él, y manteniéndole como centro de atención en todo momento.

Además de la habilidad técnica, el profesional de enfermería que esté ejecutando el plan de cuidados debe tener las habilidades cognitivas necesarias, como capacidad para la resolución de problemas, la toma de decisiones, de pensamiento crítico y de creatividad. Así mismo son imprescindibles habilidades interpersonales, relacionadas con la comunicación, el trabajo en equipo, la sensibilidad y el respeto hacia el otro.

5) **Valorar la respuesta del enfermo**: Esto requiere una recogida de datos sistemática y continua.

6) **Registrar la acción ejecutada y la reacción del paciente**: Es imprescindible registrar, por escrito, todos los actos realizados y sus consecuencias, si éstas se salen de lo habitual, a fin de transmitir esta información al resto de los miembros del equipo. Pero no sólo son importantes los

aspectos profesionales, sino que existe una vertiente legal que hay que contemplar y que nos exige unos registros objetivos (evitando la subjetividad e interpretaciones sobre los hechos), precisos, completos y oportunos (para lo cual se harán las anotaciones inmediatamente después de ocurrir los hechos, evitando posteriores interpretaciones y subjetividades). Es preciso recordar el adagio jurídico que dice *"Lo que no está escrito, no está hecho"*.

2 DELEGACIÓN DE ACTIVIDADES

Un profesional puede actuar a través de otra persona, que puede ser un profesional, el propio paciente, o un cuidador no profesional. En estos casos se produce un proceso de *delegación*, que Alfaro define como *"el traspaso a un individuo competente de la autoridad para hacer una tarea seleccionada en una situación seleccionada mientras se mantiene la responsabilidad de los resultados"*[34]. Esta definición implica que para delegar es preciso[19]:

1º) conocer las capacidades de la persona en quien se delega,

2º) elegir a la persona adecuada para cada tarea concreta,

3º) no se delega nunca la responsabilidad completa sobre la asistencia al paciente, sino sobre la tarea concreta,

4º) requiere una dirección, comunicación y supervisión efectiva sobre las tareas delegadas.

VII – EVALUACIÓN

Ramón del Gallego Lastra, Jorge Diz Gómez, Mª Antonia López Romero, Francisco Javier Pérez Rivas

1 INTRODUCCIÓN

La evaluación es un proceso de identificación del progreso, dirigido hacia la consecución de los objetivos propuestos empleando los criterios de los resultados. Se inicia con la valoración del estado del paciente y la comparación con los objetivos fijados, concretamente comparando el estado actual con los indicadores de los criterios de resultados previamente establecidos. La discrepancia entre esos datos requiere la búsqueda del motivo de la misma, que se iniciará en un posible error en la ejecución de las acciones o con la aparición de nuevas situaciones que debían haber obligado al cambio de los objetivos a alcanzar, para ir ascendiendo en el proceso (acciones planificadas, objetivos propuestos, diagnósticos identificados o valoración inicial del paciente) hasta identificar la fase del proceso en el que se cometió tal error o se produjo el cambio, y proceder a la modificación correspondiente.

Fig. 7.1: Evaluación como proceso continuo

La evaluación es el ejercicio en el que más se precisan las herramientas de pensamiento crítico, al ser imprescindible la humildad intelectual para llevar a cabo una reflexión crítica sobre nuestras decisiones y los resultados obtenidos. En este momento tiene un gran interés la conocida frase del filósofo Blaise Pascal cuando decía que *"la mayor parte de los errores de los médicos proviene de no malos raciocinios basados en hechos bien estudiados, sino de raciocinios bien establecidos basados en hechos mal observados"*, lo que traducido para cualquier profesional sanitario, y a la etapa del proceso enfermero que estamos analizando, nos indica en qué medida la evaluación de los resultados obtenidos debe tener por objetivo todas las fases del proceso, al señalar el filósofo cómo en la elaboración de los juicios diagnósticos está la fuente de una gran cantidad de errores clínicos. Por tanto, no nos detendremos en la evaluación de los cuidados aplicados, sino que deberemos continuar, si esta primera reflexión da resultados positivos, cuestionándonos las intervenciones prescritas y también los objetivos fijados; para concluir en el juicio diagnóstico donde se evaluarán los diagnósticos emitidos y también los datos en los que se han basado.

Si existe discrepancia entre los objetivos fijados y los datos actuales obtenidos en la nueva valoración de las respuestas del paciente, la fase de evaluación continua con la modificación del

plan, y solo se dará por concluido el proceso clínico cuando se hayan cumplido todos los objetivos.

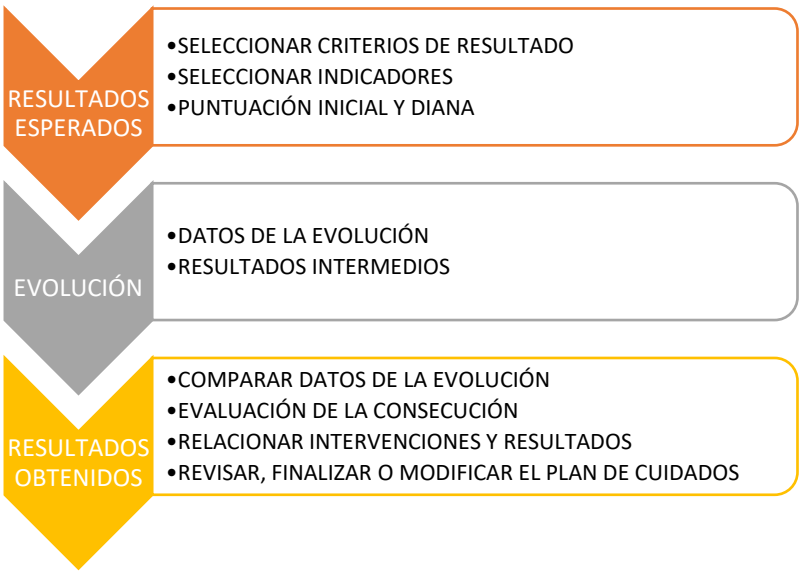


Fig. 7.2: Proceso de evaluación

La fase de evaluación debe terminar siempre con un “informe de evaluación” que incluya una conclusión profesional de lo sucedido, basada en los datos de evaluación. Puede considerarse dicho informe como el alta del paciente del episodio de cuidados en que estaba inmerso, o como un informe de evaluación intermedia del citado episodio, si aún no ha concluido la total ejecución del plan de cuidados.

Por último, señalar que el proceso de evaluación debe estar integrado en los programas de garantía de la calidad de la institución donde se estén prestando los cuidados, en concreto para aportar datos de evaluación del proceso de cuidados enfermeros para cada uno de los tres componentes en los que se basa el análisis de la calidad asistencial: la estructura, los procesos y los resultados[62].

VIII – METODOLOGÍA ENFERMERA Y LENGUAJE PROFESIONAL

Mª Antonia López Romero, Francisco Javier Pérez Rivas, Ramón del Gallego Lastra, Jorge Diz Gómez

1 INTRODUCCIÓN

El método y su motor, el pensar, precisan de formas de expresión. El pensamiento se expresa, conserva y difunde a través del lenguaje y éste, a su vez, ayuda a concretar el pensamiento, facilitando el razonamiento.

La carencia de rigor en pensamiento y lenguaje puede ser causa de indefinición o imprecisiones que condicionan la toma de decisiones. El nombrar algo supone que la nominación sea la adecuada, lo que nos obliga a pensar lo que decimos y cómo lo decimos.

Cada profesión o campo de especialización precisa de un lenguaje profesional o especializado que aúne los términos procedentes del lenguaje general con un sentido específico en el contexto profesional, y los términos específicos propios de ese campo. Como dice V. Henderson, "*Las enfermeras necesitamos el lenguaje de dos mundos, el de la ciencia y el de la gente*".

En el caso de Enfermería, el origen del lenguaje enfermero especializado surge de la necesidad de nombrar, de identificar el objeto de interés y los fenómenos propios de la disciplina, dotando a esos conceptos de un nombre específico y profesional que contribuya a la definición del campo de acción y a la organización del conocimiento enfermero.

La utilización del método adecuado y el uso de una terminología común son factores de gran importancia para conseguir homogeneizar, normalizar, la práctica profesional[63]. En general, cuando hablamos de metodología, no nos referimos sólo al proceso o método de intervención, sino que entendemos que la Metodología de Enfermería abarca, además del Proceso Enfermero, el uso de taxonomías que clasifican el conocimiento enfermero mediante lenguajes estandarizados. Estas taxonomías pretenden una doble finalidad, por una parte, definen, analizan y clasifican los fenómenos que son competencia de la disciplina, proporcionando un marco conceptual para el juicio clínico, al tiempo que nombran, nominan fenómenos y cuidados en la búsqueda de un lenguaje profesional.

Fig. 8.1: Pensamiento, Proceso y Lenguaje

2 LENGUAJES ENFERMEROS ESTANDARIZADOS

Desde una perspectiva histórica, surgen las primeras iniciativas de nominar los fenómenos de Enfermería tras el reconocimiento del proceso, en un intento por clarificar y codificar de qué se ocupan las enfermeras de forma específica y propia como disciplina. La necesidad de un lenguaje común inicialmente se centra en el juicio clínico diagnóstico. Es preciso nominar las respuestas, estados, situaciones o procesos de los que nos ocupamos con el objeto de hacerlos explícitos, específicos, basados y ligados a un conocimiento y pensamiento enfermero. Como complemento y consecuencia del diagnóstico, comienza el desarrollo de clasificaciones de resultados e intervenciones que completan el campo de la competencia profesional.

El conjunto de estas taxonomías y clasificaciones tiene como finalidad facilitar la comunicación, la transmisión sistemática de la información e identificar el conocimiento específico de la disciplina enfermera[16].

Los vocabularios normalizados enfermeros son denominados también sistemas de lenguaje enfermero (SLE) o lenguaje enfermero estandarizado (LEE).

En general, la utilización de un lenguaje enfermero estandarizado se relaciona con[64]:

- Generación de conocimiento: aporta una definición precisa de los conceptos relevantes para la práctica enfermera, permitiendo la identificación inequívoca, dotándolos de elementos que los caracterizan, condiciones en las que ocurren, consecuencias y cómo deben ser medidos.

- Razonamiento clínico: facilita el proceso de razonamiento y la toma de decisiones, fundamentándose en el conocimiento enfermero necesario para la interpretación precisa de las observaciones de pacientes y entornos

- Práctica clínica: se relaciona con la obtención de mejores resultados y con la contribución específica en el ámbito de la valoración, de la comunicación y de la gestión del cuidado

o Valoración: como piedra angular del razonamiento clínico, precisa del conocimiento de los conceptos para contrastarlos con las observaciones, con la información que obtiene del paciente

o Comunicación: en este caso la contribución es evidente en el intercambio, transmisión y registro de la información. Facilita la estructuración de los datos, asegura la continuidad del cuidado y la organización de la atención

o Gestión Clínica: provee de la información para la evaluación de resultados, el análisis de costes y la efectividad clínica

[Un sistema de leguaje normalizado] "… facilita el juicio clínico porque representa una parcela del territorio de la Enfermería Clínica; contiene términos que permiten (al profesional de Enfermería), distanciarse de la experiencia inmediata, desarrollando teóricamente su actividad práctica… (porque es)" en el proceso de creación de significados donde los sujetos integran e intercambian su experiencia y su conocimiento" (Vovio, citado por Campos de Cavalho, 2013)

Según distintos estudios de revisión de la literatura publicada sobre la utilización de los lenguajes enfermeros estandarizados, los más utilizados en el ámbito internacional son NANDA, NOC, NIC y CIPE (Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería)

2.1 CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL PARA LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA (CIPE) (INTERNATIONAL CLASSIFICATION NURSING PRACTICE ICNP®)

En 1989, el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), promueve un proyecto para el desarrollo de una terminología de Enfermería que se pueda aplicar para expresar la práctica profesional, en el ámbito internacional, en todos los aspectos y en todos los contextos.

La CIPE se desarrolla de acuerdo con los cambios en el campo de la salud, la práctica de Enfermería y los roles enfermeros. La primera versión denominada alfa, se publica en 1996. Posteriormente se publica la versión beta, en dos ediciones beta 1 y beta 2 (1999/2001). En 2005 se publica la versión 1, que se define como un sistema unificado de lenguaje que permite describir la práctica de Enfermería, así como su comparación con otros sistemas de clasificación de lenguaje enfermero, en distintos entornos clínicos, poblaciones, zonas geográficas o a lo largo del tiempo. Con respecto a las anteriores, unifica el modelo de siete ejes para el enunciado de diagnósticos, resultados e intervenciones. Con el lanzamiento de esta versión se inicia el desarrollo de catálogos que contienen el juicio clínico enfermero (diagnósticos, resultados e intervenciones), de áreas o problemas concretos. Desde entonces y hasta el momento actual se han publicado distintas versiones (1.1 en 2008, 2.0 en 2009, 3.0 en 2011 con actualizaciones en 2013, 2015, 2017 y 2019)

El CIE, en el programa de desarrollo de la CIPE, regula su evaluación periódica, así como las traducciones en distintos idiomas, a través de protocolos normalizados.

La CIPE es un sistema de lenguaje unificado (SLU), aceptada como clasificación internacional por la OMS y reconocida como terminología por la ANA. Es una terminología que tiene como finalidad representar los diagnósticos, intervenciones y resultados de Enfermería.

Otro aspecto destacado de la CIPE, es su protagonismo como elemento de comparación, intercambio o concordancia entre lenguajes enfermeros, adquiriendo un papel importante en las estrategias conducentes a la cohesión e interoperabilidad de los sistemas de lenguaje.

En la actualidad la CIPE se traduce a 17 idiomas. Esta clasificación toma como referencia la definición de Enfermería del CIE: "*La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en*

colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas".

La CIPE se define como una clasificación de Fenómenos, Acciones y Resultados de Enfermería que describen una práctica profesional, dinámica y en continua evolución. Se estructura según un sistema multiaxial y jerárquico que permite expresarnos en la práctica clínica combinando conceptos de sus diferentes jerarquías y ejes. Desde su versión 1, utiliza un sistema único de siete ejes. Hasta ese momento se diferenciaban dos sistemas independientes, uno para la formulación de diagnósticos y resultados (Clasificación de fenómenos) y otro para las intervenciones (Clasificación de acciones).

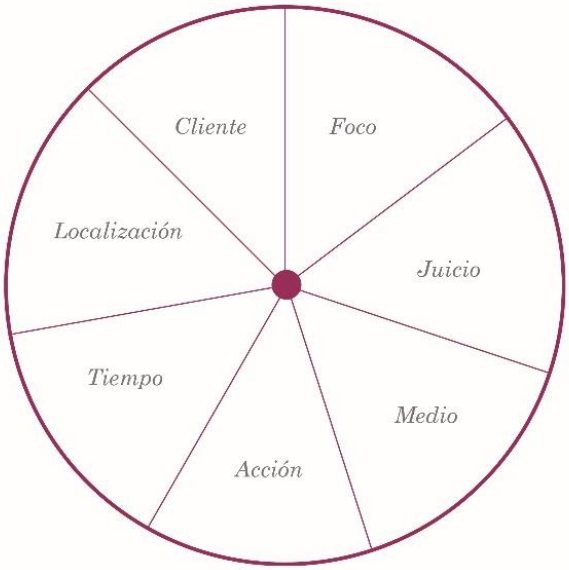


Fig. 8.2: Ejes de la CIPE (Adaptado de CIPE. V. 2) 121

2.1.1 DESCRIPCIÓN DE LOS EJES

1.- Foco: Área de atención de la práctica profesional de Enfermería (dolor, esperanza de vida, eliminación…)

2.- Juicio: Opinión clínica relacionada con el foco de la práctica (riesgo, mejorado, anormal…)

3.- Medios: Entidad empleada. Incluye instrumentos (Vendajes…) y servicios definidos como un trabajo específico o plan usado al realizar una acción de enfermería (Técnicas de control de la micción, Servicios a domicilio…)

4.- Acción: Proceso intencional aplicado o realizado (educar, administrar, monitorizar…)

5.- Tiempo: Momento, periodo, instante, intervalo o duración (al ingreso, agudo, crónico…)

6.-Localización: Orientación anatómica y espacial de un diagnóstico o intervención. Abarca los lugares del cuerpo (cabeza, brazo, etc.) y los sitios (hogar, vecindad, sitio de trabajo, etc.).

7.- Cliente: Sujeto al que se refiere un diagnóstico o que es el receptor de una intervención (recién nacido, cuidador, familia, comunidad).

2.1.2 DIRECTRICES PARA COMPONER UN DIAGNÓSTICO O RESULTADO DE ENFERMERÍA CIPE

Un diagnóstico o resultado, debe incluir, al menos:

1.- Un término del Eje Foco.

2.- Un término del Eje Juicio

3.-Podrá incluir otros términos de ejes adicionales, según sea necesario, para especificar el diagnóstico o resultado

Fig. 8.3: Ejemplo de diagnósticos CIPE, según los ejes seleccionados

2.1.3 DIRECTRICES PARA COMPONER UNA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA CIPE

Toda intervención debe incluir:

1.-Un término del eje Acción

2.-Un término relacionado con el objeto de la acción de cualquier eje excepto del juicio

3.-Los términos de otros ejes son optativos para ampliar o especificar la intervención.

Fig. 8.4: Ejemplo Acción CIPE, según los ejes seleccionados

2.1.4 RESULTADOS DE ENFERMERÍA CIPE

Como medida o situación de un diagnóstico tras una intervención, el resultado se compone de la misma forma que el diagnóstico expresando en ese nuevo enunciado la variación o evolución obtenida.

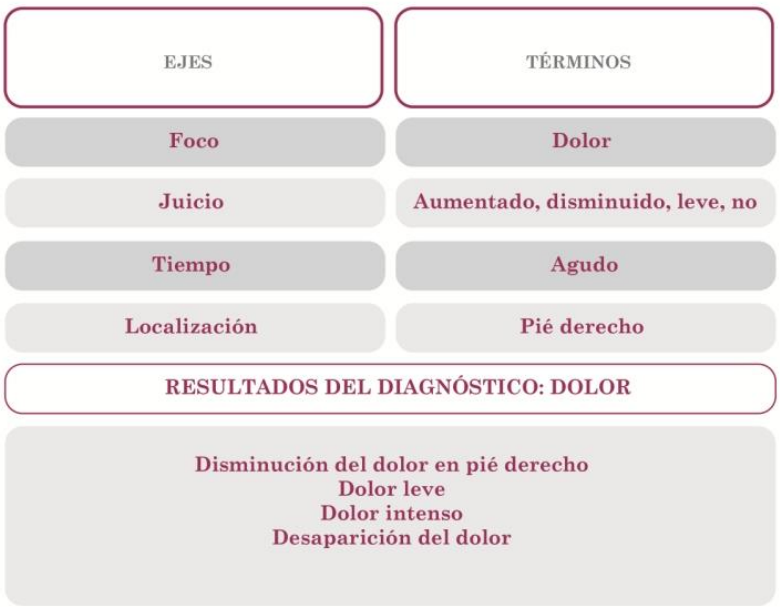


Fig. 8.5: Ejemplo Resultado CIPE, según los ejes seleccionados

Actualmente la CIPE desarrolla catálogos de diagnósticos enfermeros e intervenciones para su utilización y validación en la práctica, así como planes de cuidados sobre situaciones, problemas, o como carteras de servicio de áreas de aplicación.

La NANDA y la CIPE, como se ha visto, son en general los dos lenguajes más utilizados, sin embargo, hay diferencias sustanciales entre ellos. El desarrollo de la NANDA, desde una perspectiva conceptual, hoy en día, es mucho mayor, hasta el punto de suponer una base de conocimientos reconocida para el estudio y manejo de los diagnósticos competencia de Enfermería. En cambio, la CIPE ofrece un lenguaje mucho más rico en acepciones y formas de expresión, al tiempo que permite el enunciado del diagnóstico de forma más ajustada, precisa y apropiada, desde un punto de vista lingüístico.

Podemos considerar que tanto NANDA como CIPE, han experimentado una aproximación importante en los últimos años. El sistema de ejes de la Taxonomía II NANDA es similar al que ya utilizaba la CIPE. Por, otro lado, los esfuerzos en el desarrollo de catálogos, grupos o conjuntos de diagnósticos, resultados e intervenciones por parte de la CIPE, intentan facilitar su uso y la correlación con otros lenguajes. Tras lo dicho, parece lógico deducir que puede existir un grado de concordancia entre ambos lenguajes que pudiera facilitar su uso de forma combinada, a través de sistemas informáticos que permitan la utilización de un lenguaje profesional normalizado e interoperable, que proporcione una base de conocimiento enfermero (NANDA), con el uso de una terminología acorde con las necesidades de la práctica profesional, comprensible, adaptada al idioma y a los requerimientos terminológicos que implique el campo de acción (CIPE)

En la Web del CIE se dispone de gran parte de la información sobre la CIPE, en distintos idiomas, además de un navegador que permite explorar los distintos ejes y seleccionar diagnósticos, resultados e intervenciones. http://www.icn.ch/what-we-do/icnp-download-redirection/

3 HERRAMIENTAS PARA EL RAZONAMIENTO CLÍNICO

Como dice Diers, *"la práctica de Enfermería requiere no sólo de técnica, precisa de recursos cognitivos y herramientas que faciliten el juicio clínico, la toma de decisiones, en aquellas situaciones de salud propias de su competencia"*. Podemos considerar el razonamiento o juicio clínicos, como el proceso cognitivo que conduce a un juicio diagnóstico y a una actitud terapéutica, ante una situación de salud.

Los profesionales de Enfermería, como otros profesionales de la salud, en el contexto del quehacer profesional cotidiano, se encuentran, en numerosas ocasiones, en disyuntivas que precisan de decisiones muchas veces comprometidas, bajo presión o que requieren de una pronta o inmediata actuación. El entrenamiento en cuanto al desarrollo de habilidades, destrezas cognitivas y herramientas que faciliten emitir el juicio preciso en el momento preciso, es absolutamente necesario.

No se concibe un proceso o metodología que no se fundamente en un proceso de razonamiento o pensamiento crítico que permita identificar, interpretar, analizar, controlar y evaluar la acción profesional.

Cuando se trata de intervenir sobre la respuesta humana, lo que sucede en el proceso de cuidar, es mucho más complejo. Características como la integralidad o las distintas respuestas de las personas ante situaciones relacionadas con la salud, requieren de un examen minucioso y de un análisis claro, pertinente y preciso.

Alfaro asegura que el proceso enfermero "brinda una forma organizada y sistemática de pensar acerca de los cuidados de la persona" e insiste en la necesidad del razonamiento clínico como forma de elaboración de juicios clínicos enfermeros diagnósticos y terapéuticos.

Habilidades cognitivas propias del pensamiento crítico y por tanto, del razonamiento clínico, como interpretar, analizar, evaluar, inferir, explicar, autorregular, están directamente relacionadas con las distintas fases del PAE:

En la **valoración** es necesario proceder a la **interpretación** de los datos diferenciando aquellos que pueden indicar anomalías, disfuncionalidades o ser motivo de intervención. Dicha información será categorizada o estructurada según el sistema de valoración utilizado.

En la fase de **diagnóstico** procederemos al **análisis** de la información identificando relaciones, buscando asociación o manifestaciones de situaciones susceptibles de cuidado enfermero. Tanto en la fase de **valoración** como en la de **diagnóstico** deberemos **evaluar**, en el sentido de validar, de valorar la precisión o certeza de datos, de **inferencias** o la lógica de los argumentos para llegar a conclusiones razonables. Los datos que nos conducen a un diagnóstico enfermero siempre deben estar presentes en la valoración de forma explícita.

La **planificación** de los cuidados requiere explicitar y **explicar** el juicio clínico con la finalidad de establecer y comunicar los criterios que nos permitan medir la evolución y los resultados conseguidos, y, en consecuencia, qué intervenciones habrá que llevar a cabo. Por tanto, en los criterios de resultado seleccionados y, fundamentalmente, en los indicadores de éstos, deberán figurar factores o características del diagnóstico susceptibles de ser ponderadas, medidas, tras el tratamiento enfermero.

Durante la fase de **ejecución** también utilizaremos esta habilidad cognitiva en la interrelación con la persona/familia o en el contexto del trabajo en equipo o interdisciplinar.

Por último, en la **evaluación** del proceso examinaremos y revisaremos cada uno de los pasos en función de los resultados obtenidos con la finalidad de **autorregular** el proceso de razonamiento, modificándolo para mejorarlo, si fuera necesario.

En general, se consideran estrategias y herramientas para el razonamiento el método, el proceso enfermero, como método de intervención ante situaciones susceptibles de cuidados enfermeros; la normalización de la práctica, a través de estándares, guías o documentos normativos que contengan el conocimiento enfermero aplicado a situaciones de salud o a entornos clínicos específicos; el uso de bases de conocimientos, de taxonomías que utilicen terminología profesional.

3.1 REDES DE RAZONAMIENTO CLÍNICO

Otro tipo de herramientas o estrategias son las denominadas Redes de Razonamiento Clínico que son representaciones gráficas del juicio diagnóstico y las interrelaciones y asociaciones entre los diagnósticos enfermeros que lo componen.

Un problema de salud puede estar causado, relacionado o ser consecuencia de otro. Por ejemplo, el dolor puede ser la causa de un trastorno del sueño, o un problema de movilidad condicionar el autocuidado.

Mediante la red, se trata de identificar aquellos diagnósticos prioritarios en base a sus relaciones, de causa o efecto, con otros diagnósticos, con el fin de planificar los cuidados para su resolución de forma más efectiva.

Para ello, tras enunciar los diagnósticos enfermeros, se establecerán las relaciones entre ellos, teniendo en cuenta tanto factores relacionados como características definitorias. Dichas relaciones determinarán los diagnósticos principales y las prioridades en su abordaje.

En el siguiente ejemplo, partiendo de una determinada situación clínica, se establecen los diagnósticos.

A continuación, los relacionamos mediante flechas estableciendo la dirección de cada relación. El número y la uni o bidireccionalidad de las relaciones, marcará la prioridad y el efecto del tratamiento, en uno o varios diagnósticos

Los diagnósticos principales y prioritarios serán los que más relaciones tienen y su tratamiento ira dirigido a su resolución y a la de aquellos diagnósticos con los que se relaciona, en la medida que establece dicha relación.

En este caso, el Dolor es la causa de forma directa o indirecta del resto de diagnósticos enfermeros. Se relaciona de forma bidireccional con el problema de movilidad, el insomnio y el temor, ocasionados por el dolor pero que también pueden exacerbarlo y, de forma unidireccional, con el déficit de autocuidados.

Fig. 8.6.: Ejemplo de red de razonamiento clínico sobre un caso

A su vez, el problema de movilidad puede condicionar la conciliación o el mantenimiento del sueño, así como el autocuidado. Por otra parte, el Temor también puede intervenir en la alteración del sueño.

3.2 MODELO AREA (MODELO DE ANÁLISIS DE RESULTADOS DEL ESTADO ACTUAL)

El modelo AREA[65] es un instrumento de utilidad en el razonamiento clínico enfermero. Establece una estructura de razonamiento que incluye los problemas y los resultados esperados a través de intervenciones enfermeras[66].

Daniel J. Pesut, define el modelo AREA como una tercera generación del PAE, cuyo enfoque ha evolucionado de estar basado en los problemas, a estar basado en resultados. Dichos cambios se han ido produciendo a lo largo del tiempo mediante una primera generación enfocada en problemas y el proceso, y una segunda, en la priorización diagnóstica y el razonamiento.

Este modelo considera simultáneamente las relaciones entre diagnósticos, intervenciones y resultados. Requiere que sean considerados un conjunto de problemas al mismo tiempo, determinando, mediante una red de razonamiento, cual es la cuestión clave, el problema principal, y qué resultado esperamos conseguir, para, a partir de esta premisa, planificar un cuidado enfermero que integre los criterios de resultado que sean pertinentes para conocer la situación actual, el resultado esperado y el conseguido, así como las intervenciones necesarias para ello.

Es condición indispensable en la utilización del AREA, el manejo de los lenguajes estandarizados, de las terminologías enfermeras de diagnósticos (NANDA), Resultados (NOC) e Intervenciones (NIC).

En la aplicación del AREA, partimos de la situación clínica del paciente, del contexto y el enfoque o modelo de cuidados. Tras realizar el juicio diagnóstico, se conforma una red lógica de razonamiento, para identificar el o los diagnósticos principales, y que consistirá en una representación gráfica de diagnóstico enfermeros y sus conexiones, en el que ocupa el centro el elemento que consideramos el origen de la atención sanitaria que demanda el paciente. Si fuera necesario, se puede establecer más de una red lógica en función del tipo de problemas (diagnóstico enfermero, problemas de colaboración). Alrededor del problema central vamos situando todos los diagnósticos enfermeros

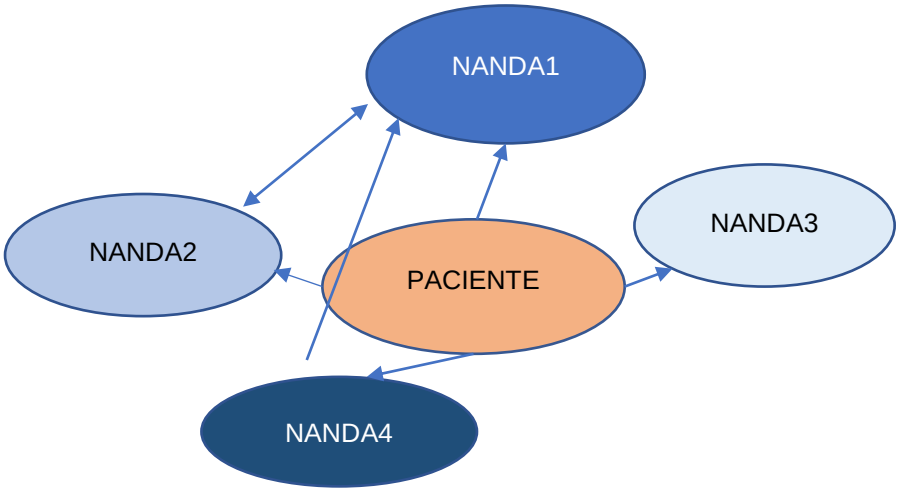


Fig. 8.7: Red de Razonamiento. Diagnósticos NANDA

identificados. Mediante flechas establecemos conexiones entre los diagnósticos, pensando siempre no en el problema sino en el resultado esperado. De esa forma la flecha parte de un diagnóstico y apunta hacia otro diagnóstico con el que comparte resultado (las flechas pueden ser bidireccionales). El diagnóstico principal será aquel al que apuntan más flechas y esto significará que más diagnósticos comparten con él resultados comunes. Por tanto, si resolvemos ese diagnóstico estaremos resolviendo en red el resto de los diagnósticos que comparten con el principal resultados esperados.

Este modelo nos permite reducir la lista de los diagnósticos sobre los que establecer el plan de cuidados y centrarlos en el principal. Tras identificar los problemas principales, se seleccionarán los Criterios de Resultados NOC, con los indicadores que sean pertinentes, así como las intervenciones NIC. Tras su aplicación se evaluarán los resultados obtenidos.

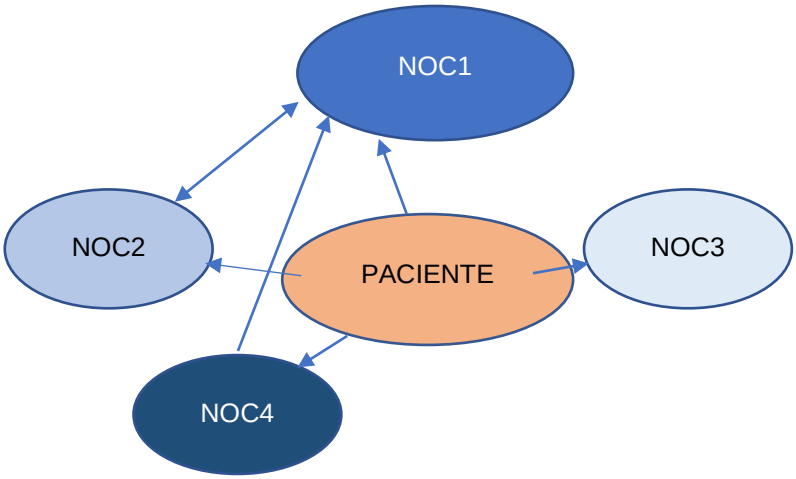


Fig. 8.8: Red de Razonamiento. Resultados NOC

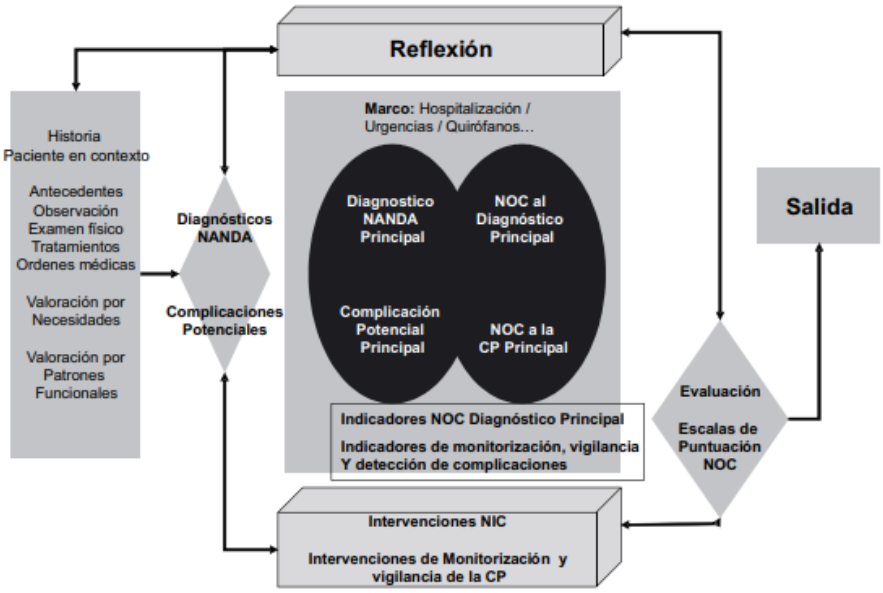


Fig. 8.9.: Estructura para el razonamiento en el Modelo AREA.[64.]

IX – VALORACIÓN PATRÓN 1. PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD

Mª Antonia López Romero, Jorge Diz Gómez, Francisco Javier Pérez Rivas

1 INTRODUCCIÓN

Describe la percepción que el paciente tiene de su salud y bienestar, la relevancia que para él tiene su estado actual, y la forma en la que maneja su salud. Incluye, por tanto, los comportamientos de cuidados de salud como actividades de promoción de la salud, adherencia a prácticas preventivas, a las prescripciones médicas o enfermeras y al seguimiento de los cuidados, así como riesgos para la salud[1].

Cuestiones clave en la valoración

- ¿Cómo percibe el paciente su estado de salud? ¿Se considera "sano", "enfermo"?
- ¿Faltó frecuentemente a sus responsabilidades laborales o de estudio por alteraciones en su salud (catarros frecuentes, molestias inespecíficas, etc.) en los últimos tiempos?
- ¿Tiene prácticas perjudiciales para su salud: fuma, bebe alcohol en exceso, consume otro tipo de drogas?
- ¿Realiza acciones preventivas apropiadas para su edad o sexo: se vacuna, realiza autoexploraciones mamarias, etc.?
- ¿Ha sufrido accidentes, tanto caseros, laborales o de tráfico?
- ¿Sigue correctamente los tratamientos indicados por los profesionales sanitarios?
- ¿Es alérgico a alguna sustancia?
- ¿Ha tenido ingresos hospitalarios?
- ¿Ha recibido transfusiones de productos sanguíneos?
- ¿Es portador de vías, sondas, drenajes, etc.?

1.1 MULTIDIMENSIONALIDAD DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

La salud y la enfermedad son experiencias subjetivas y multidimensionales. Con la definición de salud, la OMS ha venido a corroborar la complejidad del concepto de salud, al considerarla como "el completo bienestar físico, psíquico y social", y no sólo la ausencia de enfermedad. A pesar de parecer una definición utópica, pues la salud total parece imposible de alcanzar bajo esas condiciones, incluye todas las esferas que afectan al ser humano y que hacen de los estados de salud y enfermedad construcciones personales, pero también sociales, producto de la interacción del individuo con su entorno natural y social. Salud y enfermedad no son simplemente el resultado de estados naturales que emiten información objetiva, que es percibida por nuestros sentidos y que producen interpretaciones que informan del estado real de nuestro organismo. Con independencia de las razones objetivas que justifiquen un padecimiento, la vivencia de esa situación las convierte en una percepción.

El diccionario Dorland[67] define percepción como *"el registro mental consciente de un estímulo sensitivo"*. Percibir es dar significado a las sensaciones, lo que se logra cuando a éstas se

incorporan imágenes de experiencias pasadas o cuando se iluminan con información pertinente[17]. Es por tanto una representación cognitiva que se construye con la interpretación de los datos objetivos a la luz de las ideas y creencias, personales y colectivas, sobre la salud y la enfermedad, los datos procedentes de la memoria de experiencias pasadas, las emociones que acompañan a la experiencia, y las expectativas personales, familiares y sociales. Al pertenecer al ámbito de lo subjetivo, hay variaciones individuales que condicionan la manera en la que cada persona manifiesta su estado de enfermedad y las conductas que promueve para controlarlo (incluye la búsqueda de ayuda profesional)

Por tanto, la enfermedad es un proceso que incluye más que una simple dimensión biológica, como sugiere el *modelo biomédico* en su visión exclusivamente biologista y analítica de la enfermedad. El *modelo antropológico* habla de tres dimensiones, que se corresponden a tres términos ingleses, sinónimos en su uso coloquial, con los que se expresan los aspectos biológicos y psicobiológicos, *disease*; los culturales, entendiendo esta dimensión como el territorio de la significación de la experiencia de enfermar, de las percepciones, *illness*; y los sociales, *sickness*. Aunque los aspectos culturales y sociales van unidos en las ciencias sociales, esta diferenciación se refiere más a los elementos ideológicos que están implicados en lo que se entiende por cultura, y a las relaciones sociales y de sus aspectos económicos y políticos, en aquello que se incluye en la dimensión social[68].

1.2 EXPERIENCIA DE ENFERMAR

En el lenguaje cotidiano, la enfermedad es entendida como una idea opuesta al concepto de salud: es aquello que origina una alteración o rompe la armonía en un individuo, ya sea a escala molecular, corporal, mental, emocional o espiritual.

Ante la dificultad para definir en concreto qué es una enfermedad (dado que cada individuo lo hace de acuerdo a sus propias vivencias), existen varios conceptos que pueden ser utilizados, de acuerdo al contexto, como sinónimo: patología, dolencia, padecimiento, anormalidad, trastorno, desorden, desequilibrio y alteración, entre otros. La vivencia de la enfermedad está influenciada en primer lugar por las experiencias previas, que son una importante fuente de información que condiciona la interpretación, las expectativas y los planes que establecemos.

Las experiencias se dan en un medio sociocultural que proporciona un sistema de ideas y creencias, explicativo y propositivo, de forma que se producen expectativas sobre nuestra conducta en virtud de las representaciones sociales que existen sobre la enfermedad. Otro condicionante importante en la percepción y el control de la enfermedad es el nivel de desarrollo de la persona; niños y ancianos tienen capacidades y actitudes diferentes respecto a los cuidados de la salud y las prácticas sanitarias ante la enfermedad.

La enfermedad, según su gravedad, también provoca cambios en las actividades cotidianas del paciente, en el trabajo, estudios, relaciones sociales, el seguimiento de ciertos tratamientos, y un cierto grado de dependencia. La hospitalización tiene efectos sobre la intimidad necesaria para realizar ciertas actividades como la higiene o eliminación. Las enfermeras deben ser conscientes del impacto de estas acciones, ya que muchas de estas son rutinarias y pueden ser realizadas sin la consideración debida al paciente. Se producen asimismo efectos sobre la Autonomía, ya que se pierde la capacidad de decisión sobre muchos aspectos que controlamos en nuestra actividad cotidiana y sobre el estilo de vida al estar sometidos a horarios y prácticas que se alejan de lo habitual para el individuo. Por último, la hospitalización también puede producir efectos sobre el rol del paciente, como veremos en los capítulos XXIII y XXIV.

1.3 MANEJO DE LA SALUD

La persona es quien realmente maneja su salud.

Las percepciones y creencias de cada uno pueden condicionar las prácticas de salud, incluyendo las medidas de prevención y promoción.

El patrón de salud percibido incluye descripciones de estados de enfermedad y del manejo de dichas situaciones.

La valoración de la percepción del estado de salud y de las prácticas que se llevan a cabo para mantenerla, puede aportar datos sobre la funcionalidad/disfuncionalidad del patrón e influir sobre las decisiones de la persona acerca del seguimiento de tratamientos y cuidados. Esta información será de gran ayuda a la hora de detectar factores, posibles situaciones o problemas sobre los que planificar el cuidado enfermero, con el objetivo de mejorar las prácticas de salud en general.

1.4 SEGURIDAD DEL PACIENTE

Los profesionales de la salud y concretamente de Enfermería, tienen una gran responsabilidad en la prevención de complicaciones y eventos adversos, en general en la seguridad del paciente. Dicha seguridad puede estar comprometida por el manejo de la salud, conductas no saludables, situaciones de enfermedad, hospitalizaciones, seguimiento de tratamientos o indicaciones terapéuticas, alergias, intolerancias, etc.

Muchas de las actividades o cuidados enfermeros planificados en la atención a los pacientes van a tener como finalidad:

- ✓ la prevención de situaciones que se pueden producir en determinados estados de riesgo
- ✓ la vigilancia, observación y supervisión de situaciones, para detectar problemas o déficits y establecer medidas de actuación
- ✓ el control**,** a través de cuidados específicos que mantengan la situación dentro de límites normales.

Probablemente unos de los riesgos para la salud más comunes sean los riesgos de infección y de caídas.

1.4.1 CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE LA INFECCIÓN

La infección es el resultado de la invasión y proliferación de microorganismos patógenos (bacterias, virus, hongos) en el huésped (persona). Dicho resultado estará condicionado por la virulencia y cantidad del agente patógeno y por la resistencia del huésped.

En el desarrollo de la infección intervienen la alteración de los mecanismos de defensa como la solución de continuidad en piel y mucosas, y el sistema inmune del paciente. Otros factores que aumentan el riesgo de desarrollar una infección son los extremos de edad, enfermedades, ausencia de prácticas preventivas, tratamientos con quimioterapia, heridas o todo tipo de procedimientos invasivos.

La infección es una amenaza importante para la salud y la seguridad. El equipo de salud debe seguir ciertas prácticas y procedimientos que previenen la propagación de infecciones.

2 VALORACIÓN DE LA PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD

2.1 ENTREVISTA

La vivencia de la enfermedad al estar sujeta a la interpretación que hacemos de ella, afecta a la forma en la que actuamos. Comprender el punto de vista del paciente y sus percepciones sobre

la salud y la enfermedad, reales o irreales, pueden dar una asistencia más significativa y ayudarle a recuperar o conseguir un estado de salud óptimo en función de sus posibilidades. En consecuencia, este patrón tiene por finalidad identificar el tipo de conducta del paciente, estilos de vida, creencias individuales sobre la salud y la enfermedad, expectativas personales sobre el proceso de enfermedad y el manejo de la salud y sus prácticas preventivas. También es de gran importancia, en este patrón, obtener datos que informen de potenciales riesgos para la salud del paciente, y la falta de adherencia a tratamiento o cuidados. La valoración puede realizarse de forma individual, a una persona o paciente, pero también a la familia o en el ámbito de la comunidad.

2.1.1 VALORACIÓN INDIVIDUAL

En la valoración individual se abordarán las cuestiones claves expresadas al comienzo del capítulo y que abarcan[1,17]:

- Percepción general del estado de salud
- Enfermedad actual. Consecuencias de la situación actual en la actividad cotidiana (aceptación, negación, absentismo laboral, escolar, etc.).
- Percepción de la enfermedad actual: ¿Cuál piensa que es la causa de esta enfermedad? ¿Qué acciones llevó a cabo cuando percibió los síntomas? ¿Cuáles fueron los resultados de dichas acciones? Experiencias de salud anteriores, antecedentes patológicos. En ocasiones los pacientes remiten sus descripciones a años atrás, “yo siempre fui un niño enfermizo”. Las percepciones sobre uno mismo pueden permitirnos comprender sus prácticas respecto al cuidado de la salud.
- Edad.
- Adicciones (tabaco, alcohol, otras drogas)
- Accidentes domésticos o laborales, etc.
- Alergias
- Seguimiento de las recomendaciones del médico o enfermera (¿En el pasado le ha resultado fácil seguir las...?). En caso de rechazo indagar sobre el motivo, sentimientos y experiencias previas al tratamiento y equipo que le atiende, el nivel de comprensión de los motivos del tratamiento y sus consecuencias en el caso de incumplimiento.
- Prácticas preventivas (campañas de detección precoz, revisión dental, vacunaciones, exámenes de salud, etc.): ¿Qué hace para mantenerse sano? ¿Considera que eso es eficaz? ¿Conoce los recursos de la comunidad?
- Conocimientos necesarios para el mantenimiento de la salud y las consecuencias de estilos de vida poco saludables.
- Presencia y manejo de dispositivos (sondas, ostomías, oxigenoterapia…)
- Manejo de la medicación, si procede.
- Apoyos de los que dispone (familiares, vecinos, comunidad, etc.)

Examen: Aspecto general del paciente durante la entrevista, tanto físico como su actitud en general.

2.1.2 VALORACIÓN FAMILIAR

En la valoración familiar se abordarán cuestiones claves como el manejo general de la salud, el control de factores de riesgo, el uso de sistemas de salud y la seguridad:

- Tipo de familia
- Quién es el cuidador principal
- Si acuden a su Centro de Salud
- Estado de salud familiar

- Dinámica familiar
- Recursos familiares
- Implicación de la familia en los cuidados
- Valores respecto a vacunas, alimentación, ejercicio…
- Conocimiento de recursos de apoyo familiar.
- Problemas de algún miembro de la familia con repercusión familiar: alcoholismo, drogadicción, violencia de género...

Examen: Apariencia general de los miembros de la familia, estado del domicilio, si procede objetos o situaciones que supongan riesgos: alfombras, estufas, botiquín, medicamentos, etc.

2.1.3 VALORACIÓN COMUNITARIA

Incluye:

- Ratio de profesionales por habitantes
- Leyes y Normas sobre hábitos tóxicos y adicciones.
- Indicadores sanitarios: Cifras de morbimortalidad e incapacidad, accidentes, acceso a Servicios Sanitarios, vacunas, programas preventivos
- Determinantes sociales: nivel educativo, nivel de ingreso, tasas de paro, ...
- Planes de desarrollo comunitario
- Consejo de salud de área o de zona
- Activos en Salud del barrio: polideportivos, asociaciones de vecinos, parques, recursos sanitarios (centros de salud, residencias, centro de día, …), espacios de encuentro intersectoriales...
- Cuidados domiciliarios, geriátricos, paliativos, crónicos
- Patrones culturales arraigados sobre la salud
- Campañas de vacunación
- Programas de promoción de la Salud

X - PROBLEMAS DEL PATRÓN 1: PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD

Mª Antonia López Romero, Jorge Diz Gómez, Francisco Javier Pérez Rivas

1 INTRODUCCIÓN

La disfuncionalidad de este patrón está relacionada con la percepción de alteración o de mala salud, hábitos tóxicos o conductas no saludables, falta de adherencia o de cumplimiento de tratamientos o indicaciones, no vacunarse ni seguir las revisiones de salud, así como aspectos de la atención relacionados con la seguridad del paciente, como la presencia de alergias, intolerancias, accidentes o lesiones frecuentes o riesgos, algunos de éstos tan comunes en determinados ámbitos y poblaciones como el riesgo de infección.

2 DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON EL MANEJO DE LA SALUD

2.1 CONDUCTAS INFICACES DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD

El diagnóstico enfermero **Conductas ineficaces de mantenimiento de la salud** [00292] es definido por la NANDA-I como *Gestión del conocimiento, actitud y prácticas de salud que subyacen a las acciones de salud, que es insatisfactoria para el mantenimiento o la mejora del bienestar o la prevención de la enfermedad y las lesiones*.

Factores relacionados	Características definitorias
• Disfunción cognitiva • Demandas contradictorias • Preferencias de estilo de vida contradictorios • Conflictos entre las creencias culturales y las prácticas de salud • Conflicto entre conductas de salud y normas sociales • Conflictos entre las creencias espirituales y las prácticas de salud • Síntomas depresivos • Dificultad para acceder a los recursos comunitarios • Dificultad para manejarse en sistemas de salud complejos • Dificultad en la toma de decisiones • Recursos de salud inadecuados • Apoyo social inadecuado • Confianza inadecuada en el profesional de la salud • Personas con experiencia limitada en la toma de decisiones • Habilidades de comunicación ineficaces • Estrategias de afrontamiento ineficaces • Afrontamiento familiar ineficaz • Autoeficacia baja • Duelo inadaptado • Manifestaciones neurocomportamentales • Percepción de prejuicios • Percepción de victimización • Sufrimiento espiritual.	• Fracaso para emprender acciones que prevengan problemas de salud • Fracaso al emprender acciones para reducir los factores de riesgo • Implicación inadecuada en un plan de acción • Alfabetización de salud inadecuada • Interés inadecuado en la mejora de la salud • Conocimiento inadecuado sobre las prácticas básicas de salud • Decisiones ineficaces en la vida diaria para alcanzar los objetivos de salud • Patrón de ausencia de conductas de búsqueda de salud.
Población de riesgo	**Condiciones asociadas**
• Personas en desventaja económica • Personas de familias con afrontamiento familiar ineficaz	• Enfermedad crónica • Discapacidades del desarrollo • Trastornos mentales

• Personas con antecedentes de violencia • Hombres • Adultos mayores • Adultos jóvenes.	• Trastornos de las habilidades motoras.

Los criterios de Resultados sugeridos para la resolución del diagnóstico son **Conducta de búsqueda de la salud** [1603] definido como *acciones personales para fomentar el bienestar, la recuperación y la rehabilitación óptimos.* A través de sus indicadores se puede evaluar lo que realiza la persona en cuanto a estrategias, conductas, solicitud de ayuda o información con el fin de mantener o fomentar su salud, y **Conducta de fomento de la salud** [1602] que se define como *Acciones personales para mantener o aumentar el bienestar.* Este NOC es el más completo enfocado a las prácticas de salud en general, con indicadores que incluyen dieta, reposo, sueño, hábitos … Podemos considerar estos dos criterios de Resultado como los más generales para evaluar situaciones relacionadas con el fomento y mantenimiento de la salud.

Otros NOC, también sugeridos, a aplicar en situaciones más concretas, son **Creencias sobre la salud: percepción de recursos** [1703] *d*efinido como *Convicción personal de que una persona tiene los medios adecuados para llevar a cabo una conducta sobre la salud.* Dirigido a valorar factores que tienen que ver con la percepción que tiene la persona de su entorno, recursos, capacidades, profesionales de la salud…y que puede condicionar su gestión de su salud. Por ejemplo, su percepción del apoyo de familia, amigos o personal sanitario, o la percepción de su propia capacidad funcional y **Orientación sobre la salud** [1705] como *Acuerdo personal para conductas de salud como prioridades del estilo de vida.* Este último más orientado a manifestaciones del problema que tienen que ver con la actitud o el comportamiento ante situaciones de salud.

Para el abordaje de este diagnóstico, se sugieren tres intervenciones de forma general, aunque, en función de cada caso se dispone de un amplio número de intervenciones más específicas. Las tres NIC están sugeridas en todos los NOC indicados y son las siguientes: **Educación para la salud** [5510] definida como *Desarrollar y proporcionar instrucción y experiencias de aprendizaje que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en personas, familias, grupos o comunidades***; Aumentar los sistemas de apoyo** [5440] que se define como *Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad* y **Orientación en el sistema sanitario** [7400] cuya definición es *Facilitar al paciente la localización y la utilización de los servicios sanitarios adecuados.*

De las tres NIC, la primera, **Educación para la salud**, es la que abarca actividades dirigidas a casi todos los aspectos del problema, a aplicar en casi todos los ámbitos de la asistencia.

A través de la valoración se identificarán los factores que puedan condicionar la motivación para seguir prácticas de salud, el contexto e historia sociocultural, el conocimiento sanitario, las conductas relacionadas con el estilo de vida y el apoyo para potenciar la modificación de conductas relativas a la salud.

Se priorizarán las necesidades de aprendizaje identificadas teniendo en cuenta las preferencias del paciente, habilidades, recursos y posibilidades de lograr los objetivos con beneficio a corto plazo.

El plan de cuidados incluirá estrategias para hacer frente a conductas no saludables o que impliquen riesgos para la salud, potenciando la autoestima y utilizando los medios necesarios para facilitar la información y formación necesaria.

Se potenciará la modificación de conductas de salud a través de sistemas de apoyo social y familiar.

2.2 AUTOGESTIÓN INEFICAZ DE LA SALUD

El diagnóstico enfermero **Autogestión ineficaz de la salud** [00276] es definido por la NANDA-I como *Gestión insatisfactoria de los síntomas, tratamiento, consecuencias físicas, psíquicas y espirituales y cambios en el estilo de vida inherentes a vivir con una afección crónica.*

Factores relacionados	Características definitorias
• Disfunción cognitiva • Demandas contradictorias • Preferencias de estilo de vida contradictorios • Conflictos entre las creencias culturales y las prácticas de salud • Conflicto entre conductas de salud y normas sociales • Conflictos entre las creencias espirituales y el régimen terapéutico • Disminución de la percepción de la calidad de vida • Síntomas depresivos • Dificultad para acceder a los recursos comunitarios • Dificultad para gestionar un régimen terapéutico complejo • Dificultad para manejarse en sistemas de salud complejos • Dificultad en la toma de decisiones • Implicación inadecuada en un plan de acción • Alfabetización de salud inadecuada • Conocimiento inadecuado sobre el régimen de tratamiento • Número inadecuado de indicaciones para la acción • Modelos de rol inadecuado • Apoyo social inadecuado • Personas con experiencia limitada en la toma de decisiones • Habilidad limitada para realizar algunos aspectos del tratamiento • Autoeficacia baja • Sentimientos negativos hacia el régimen terapéutico • Manifestaciones neurocomportamentales • No aceptación de un problema • Percepción de obstáculos al régimen de terapéutico • Percepción de un estigma social asociado a un problema • Uso inadecuado de sustancias • Percepción no realista de la gravedad de la situación • Percepción no realista de la susceptibilidad a las secuelas • Percepción no realista de los beneficios del tratamiento.	• Exacerbación de los signos de enfermedad • Muestra secuelas de la enfermedad • Expresa insatisfacción con la calidad de vida • Fracaso en acudir las citas con el proveedor de salud • Fracaso al incluir el régimen terapéutico en la vida diaria • Fracaso al emprender acciones para reducir los factores de riesgo • Falta de atención a los signos de enfermedad • Falta de atención a los síntomas de enfermedad • Decisiones ineficaces en la vida diaria para alcanzar los objetivos de salud.
Población de riesgo	**Condiciones asociadas**
• Niños • Personas en desventaja económica • Personas que experimentan reacciones medicamentosas adversas • Personas con responsabilidades como cuidadores(as) • Personas con antecedentes de gestión de salud personal ineficaz • Personas con bajo nivel educativo • Adultos mayores.	• Enfermedad asintomática • Discapacidades del desarrollo • Afección de alta agudeza • Trastorno neurocognitivo • Polimedicación • Comorbilidad significativa.

Se sugieren dos criterios de Resultados dirigidos a la resolución de este diagnóstico: **Conocimiento: proceso de la enfermedad** [1803] definido por la NOC como *Grado de conocimiento transmitido sobre el proceso de una enfermedad concreta y las complicaciones potenciales.* Sus indicadores permiten valorar el conocimiento que tiene el paciente sobre su proceso de enfermedad, características, causas, signos y síntomas o complicaciones entre otros.

El segundo es **Conocimiento: régimen terapéutico** [1713] que se define como *Grado de conocimiento transmitido sobre el régimen terapéutico específico.* Este NOC es el más completo para el seguimiento de la adherencia al tratamiento o a indicaciones prescritas relacionadas con la dieta, medicación, ejercicio, procedimientos…

Se sugieren otros NOC relacionados con las creencias sobre la salud o la participación en la toma de decisiones que se utilizarán en aquellos casos que sea necesario por su implicación en el diagnóstico, ya sea como factores relacionados o características definitorias.

Son varias las intervenciones NIC sugeridas por NNN, para tratar este problema. Desde **Educación para la salud** [5510] ya vista en el diagnóstico anterior a otras específicas del foco de la autogestión que nos ocupe: tratamiento, dieta o ejercicio, como **Enseñanza: dieta prescrita** [5614] que se define como *Preparación de un paciente para seguir correctamente una dieta prescrita;* **Enseñanza: ejercicio prescrito** [5612] cuya definición es*: Preparar a un paciente para que consiga o mantenga el nivel de ejercicio prescrito o* **Enseñanza: medicamentos prescritos** [5616].

En este caso, el plan de cuidados incluirá actividades de enseñanza relativa al régimen terapéutico prescrito, como:

Valorar los conocimientos acerca de la dieta, el ejercicio prescrito o la medicación.

Evaluar la capacidad para la autogestión de la prescripción correspondiente, incluida la obtención de los recursos (alimentos, medicamentos) o las limitaciones fisiológicas, psicológicas (ejercicio)

Informar sobre el nombre, el propósito, la duración y los beneficios de lo prescrito.

En el caso de la dieta informar sobre cómo realizar un diario de alimentos, sobre alimentos permitidos o prohibidos, posibles interacciones con medicamentos, incluir preferencias o sustituir ingredientes.

Ayudar al paciente a marcarse objetivos aumentando de forma gradual el ejercicio. Enseñar los ejercicios prescritos, como controlar la tolerancia al ejercicio, el uso de analgésicos o métodos alternativos de control de dolor antes del ejercicio, diario de ejercicios, posibles problemas durante la realización.

Enseñar al paciente a distinguir los medicamentos, indicando nombre genérico y comercial, así como el propósito, la acción, posología, duración, vía y efectos deseados y adversos. Instruir sobre la administración, precauciones que debe observar, posibles interacciones, signos y síntomas de sobredosificación o consecuencias de no tomar o suspender la medicación.

2.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: CONDUCTAS INEFICACES DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD VS. AUTOGESTIÓN INEFICAZ DE LA SALUD

Es indudable la relación entre ambos diagnósticos, aunque también lo es su diferenciación.

Ambos comparten varios factores relacionados como *demandas contradictorias, disfunción cognitiva, conflictos entre creencias y prácticas de salud o normas sociales y conductas de salud, toma de decisiones, apoyo social*, entre otros. Incluso algunas características definitorias del diagnóstico Conductas ineficaces de mantenimiento de la salud, son factores relacionados de Autogestión ineficaz de la salud, como *Implicación inadecuada en un plan de acción o Alfabetización de salud o conocimientos inadecuados,* por lo que podríamos asociar la existencia de Conductas ineficaces con una probable Autogestión ineficaz, si llega el caso. Sin embargo,

como decíamos, la diferenciación también es clara. En el caso de Conductas ineficaces de mantenimiento de la salud, como su propio nombre indica, se trata de situaciones de salud, de promoción, de bienestar, mientras que, en la Autogestión ineficaz de la salud, para la aplicación de este diagnóstico partimos de la premisa de la existencia de un régimen terapéutico, en situación de enfermedad, que no se realiza de forma satisfactoria.

2.4 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA AUTOGESTIÓN DE LA SALUD

El diagnóstico enfermero **Disposición para mejorar la Autogestión de la salud [00293]** es definido por la NANDA-I como *Patrón de gestión satisfactoria de los síntomas, tratamiento, consecuencias físicas, psíquicas y espirituales y cambios en el estilo de vida inherentes a vivir con una afección crónica, que puede ser reforzado.*

Características definitorias
• Expresa deseo de mejorar la aceptación del problema • Expresa deseo de mejorar las elecciones de la vida diaria para alcanzar los objetivos • Expresa deseo de mejorar la implicación en el seguimiento del cuidado • Expresa deseo de mejorar la toma de decisiones • Expresa deseo de mejorar la inclusión del régimen terapéutico en la vida diaria • Expresa deseo de mejorar la gestión de los factores de riesgo • Expresa deseo de mejorar la gestión de los signos • Expresa deseo de mejorar la gestión de los síntomas • Expresa deseo de mejorar el reconocimiento de los signos de enfermedad • Expresa deseo de mejorar el reconocimiento de los síntomas de enfermedad • Expresa deseo de mejorar la satisfacción con la calidad de vida

Son varios los criterios de Resultados sugeridos por Ackley & Ladwig dirigidos a la resolución de este diagnóstico, algunos de carácter general como **Conducta de búsqueda de la salud** [1603], **Conducta de fomento de la salud** [1602], o **Conocimiento: régimen terapéutico** [1713], ya vistos en este patrón. No obstante, se sugieren también otros más específicos relativos al conocimiento, sobre la enfermedad, prescripciones de actividad, de medicación, conductas o recursos sanitarios, lo que permite seleccionar unos u otros en función de las características definitorias que justifiquen el diagnóstico.

Del mismo modo son diversas las intervenciones NIC sugeridas, alguna ya asociada a diagnósticos de este patrón como **Educación para la salud** [5510].

Otras como **Acuerdo con el paciente** [4420] definida como *Negociar un acuerdo con el paciente para reforzar un cambio de conducta específico* y/o **Establecimiento de objetivos comunes** [4410] que agrupa actividades dirigidas a la *Colaboración con el paciente para identificar y dar prioridad a los objetivos de cuidados y desarrollar luego un plan para alcanzar esos objetivos,* son también sugeridas por Ackley & Lawton.

Entre sus actividades: Ayudar al paciente a identificar las prácticas de salud que quiere mejorar. Identificar los objetivos del paciente y los objetivos realistas a conseguir. Explorar las formas de conseguirlos, así como dificultades, medios y recursos disponibles. Establecer posibles refuerzos o recompensas que sirvan de motivación para mantener las conductas de salud.

Ayudar a priorizar los objetivos y las actividades dirigidas a su consecución, fijando límites temporales realistas. Coordinar con el paciente las fechas de las revisiones periódicas.

Como en el caso de los NOC, cuando las características del diagnóstico así lo requieran, se seleccionarán otras intervenciones NIC más específicas, como algunas ya vistas en este patrón.

3 DIAGNÓSTICO RELACIONADO CON LA SEGURIDAD

En el área de seguridad uno de los diagnósticos más frecuentes, en el paciente institucionalizado[u], y/o en determinadas poblaciones, es el Riesgo de Infección. Esta situación supone cuidados enfermeros relacionados con su vigilancia, prevención y control. Los resultados obtenidos forman parte de los indicadores de Calidad de Enfermería.

Factores de riesgo

- Dolor musculoesquelético crónico
- Disminución de la fuerza en las extremidades inferiores
- Deshidratación
- Diarrea
- Mareos al extender el cuello
- Mareos al girar el cuello
- Hipoglucemia
- Deterioro de la movilidad física
- Deterioro del equilibrio postural
- Incontinencia
- Obesidad
- Alteraciones del sueño
- Déficit de vitamina D

Factores psiconeurológicos

- Agitación confusional
- Ansiedad
- Disfunción cognitiva
- Síntomas depresivos
- Temor a las caídas
- Vagabundeo persistente
- Uso inadecuado de sustancias

Factores ambientales no modificados

- Entorno abarrotado
- Superficie de la cama elevada
- Exposición a condiciones climatológicas inseguras
- Material antideslizante inadecuado en el baño
- Material antideslizante inadecuado en los suelos
- Falta de atención a las mascotas
- Falta de barandas de seguridad
- Objetos fuera del alcance
- Asientos sin brazos
- Asientos sin respaldos
- Suelo irregular
- Entorno desconocido
- Uso de alfombras

Otros factores

- Dificultad para realizar las actividades de la vida diaria
- Dificultad para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria
- Factores identificados mediante una escala de valoración estandarizada y validada
- Levantarse por las noches sin ayuda
- Conocimiento insuficiente de los factores modificables
- Vestimenta inapropiada para la ambulación
- Calzado inapropiado.

Población de riesgo

- Personas en desventaja económica
- Personas > 60 años de edad
- Personas que experimentan hospitalización prolongada
- Personas en residencias geriátricas

u Se denomina así al ingreso de una persona en una institución (hospital, residencia, etc.)

- Personas en residencias de cuidados paliativos
- Personas en residencias de rehabilitación
- Personas en el período postoperatorio inmediato
- Personas que viven solas
- Personas que reciben cuidados domiciliarios
- Personas con antecedentes de caídas
- Personas con bajo nivel educativo
- Personas con sujeciones.

Condiciones asociadas

- Anemia
- Dispositivos de asistencia para la ambulación
- Depresión
- Enfermedades del sistema endocrino
- Prótesis en extremidades inferiores
- Lesión grave
- Trastornos mentales
- Enfermedades musculoesqueléticas
- Trastorno neurocognitivo
- Hipotensión ortostática
- Preparaciones farmacológicas
- Trastornos de sensibilidad
- Enfermedades vasculares.

3.1 RIESGO DE INFECCIÓN

El diagnóstico enfermero **Riesgo de infección** [00004] es definido por la NANDA-I como *Susceptible de sufrir una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puede comprometer la salud.*

Factores de riesgo

- Dificultad para gestionar dispositivos invasivos a largo plazo
- Dificultad para gestionar el cuidado de las heridas
- Motilidad gastrointestinal disfuncional
- Nutrición artificial exclusiva
- Deterioro de la integridad cutánea
- Acceso inadecuado a equipamiento individual de protección
- Adherencia inadecuada a recomendaciones de salud pública
- Higiene del entorno inadecuada
- Alfabetización de salud inadecuada
- Higiene inadecuada
- Conocimiento inadecuado para evitar la exposición a patógenos
- Hábitos de higiene oral inadecuados
- Vacunación inadecuada
- Malnutrición
- Lactancia materna mixta
- Obesidad
- Tabaquismo
- Retención de los fluidos corporales.

Población de riesgo

- Personas en desventaja económica
- Personas expuestas a brote de enfermedad
- Personas expuestas a un aumento de patógenos en el entorno
- Personas con bajo nivel educativo
- Lactantes sin lactancia materna.

Condiciones asociadas

- Alteración del pH de las secreciones
- Anemia
- Afección crónica
- Disminución de la acción ciliar
- Inmunosupresión
- Procedimiento invasivo .

Los criterios de resultados sugeridos (Ackley & Ladwig) son **Control del riesgo: proceso infeccioso** [1924], definido como Acciones *personales para comprender, evitar, eliminar o*

reducir la amenaza de adquirir una infección y **Estado inmune** [0702], cuya definición es *Resistencia natural y adquirida adecuadamente centrada contra antígenos internos y externos.* El primero dispone de los indicadores necesarios para evaluar la capacidad de control del riesgo y el segundo dirigidos a conocer el estado de salud relacionado con la inmunidad, para protegerse ante ese riesgo.

Aunque son varias las NIC sugeridas para el abordaje de situaciones más o menos específicas, nos centraremos en dos de las más generales, que posiblemente puedan ser aplicadas en un gran número de situaciones: **Control de infecciones** [6540] cuya definición es *Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos* y **Protección contra las infecciones** [6550], definida como *Prevención y detección precoces de la infección en pacientes de riesgo.*

La NIC Control de infecciones incluye actividades de aplicación general en la prevención de infecciones sobre todo en contextos de riesgo, como puede ser una hospitalización o un procedimiento quirúrgico o invasivo. Sin embargo, la Protección contra las infecciones incide en el estado de salud particular de la persona, su inmunidad o necesidades específicas relacionadas con un posible riesgo de infección

El Plan de cuidados deberá incluir siempre medidas encaminadas a la prevención, como la limpieza del ambiente, cambios de los materiales utilizados en los cuidados, poner en práctica las **precauciones universales**[v], aislamientos, utilización de agentes antimicrobianos, según corresponda, limitar visitas o establecer las pautas y condiciones que sean necesarias.

En función del tipo de procedimiento o cuidado a realizar, se establecerán las medidas, pautas o protocolos oportunos, como los relativos al rasurado y limpieza previa a una intervención quirúrgica, la inserción de vías venosas centrales o periféricas, los cuidados de las heridas, el sondaje vesical, la prevención de la infección respiratoria o urinaria, etc.

Se deberá observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones, antecedentes, los datos relativos al estado inmunitario y la ausencia/presencia de signos y síntomas de infección.

Se fomentará una ingesta nutricional y de líquidos adecuada, el descanso, actividad o ejercicio si procede, así como la toma de los antibióticos o agentes de inmunización que estén prescritas.

Se debe instruir al paciente y a la familia acerca de cómo evitar infecciones, conocer los signos y síntomas de infección y cuándo se deben notificar al cuidador.

Otra NIC sugerida de especial importancia para la prevención de enfermedades transmisibles, tanto en niños como en adultos, es **Manejo de la inmunización/vacunación** (6530) cuya definición es: *Control del estado de inmunización, facilitando el acceso a las inmunizaciones y suministro de vacunas para evitar enfermedades contagiosas.*

Sus actividades incluyen, entre otras, conocer y anotar antecedentes médicos y de alergia de la persona a vacunar, conocer las contraindicaciones como reacción anafiláctica a vacunas anteriores y enfermedades con o sin fiebre, informar sobre el programa de inmunización recomendado, vías de administración, razones y beneficios, reacciones adversas y efectos secundarios.

v conjunto de medidas utilizadas para controlar y/o evitar la transmisión de agentes etiológicos infecciosos, como el lavado de manos y uso de dispositivos de protección como guantes, mascarilla, gafas o bata.

Observar al paciente tras la administración e informar sobre posibles medidas de alivio útiles, si es necesario. Proporcionar un registro de la vacunación con fecha y tipo de inmunización administrada e informar sobre la duración de la inmunización.

XI - VALORACIÓN DEL PATRÓN 2: NUTRICIONAL - METABÓLICO

Ramón del Gallego Lastra, Jesús Sancho Centeno

1 INTRODUCCIÓN

Patrones de consumo de alimentos y líquidos relativo a las necesidades metabólicas y los indicadores del aporte local de nutrientes. Incluye los patrones de consumo de alimentos y líquidos: horario de comidas, tipo y cantidad de alimentos y líquidos consumidos, preferencias alimentarías y el uso de suplementos nutricionales. Incluye las referencias al estado de la piel, mucosas, pelo, uñas, membranas y dientes. También cualquier lesión de la piel y la capacidad de cicatrización, medición de la temperatura, el peso y la talla corporal[1].

Cuestiones clave en la valoración

- ✓ ¿Cuál es la ingesta típica de alimentos diaria? Variedad y cantidad. Número de ingesta/día y distribución.
- ✓ ¿Necesita suplementos nutricionales por su enfermedad?
- ✓ ¿Cuál es la ingesta típica de líquidos diaria?
- ✓ ¿Cómo es el apetito: disminuido o aumentado?
- ✓ ¿Tiene problemas con la masticación, deglución o digestión de alimentos? ¿Tiene prótesis dentarias? ¿Hay vómitos, náuseas o regurgitaciones?
- ✓ ¿Hay pérdida o ganancia de peso? ¿Hay variaciones en la estatura (en niños)?
- ✓ ¿Cuál es el estado de la piel y mucosas? ¿Qué características de elasticidad, hidratación y color tienen? ¿Existen lesiones en ellas? Si las hubiera ¿cuáles son las características de las mismas?
- ✓ ¿Qué temperatura corporal tiene?

2 NUTRICIÓN

2.1 CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE NUTRICIÓN

La *nutrición* es el proceso involuntario, inconsciente y por tanto no educable, por el cual el organismo metaboliza las sustancias alimenticias, lo que permite el crecimiento, mantenimiento y reparación del organismo.

La *alimentación* es el proceso voluntario, consciente y educable, por el cual el individuo elige los alimentos que va a ingerir, basándose en diferentes aspectos: disponibilidad, gustos, hábitos y necesidades. Depende de múltiples factores tales como psicológicos, sociales, económicos, geográficos, culturales, etc. [43,69]

Los *alimentos* son todas las sustancias o productos de cualquier naturaleza, que toma un organismo o ser vivo para mantener sus funciones vitales. A su vez están compuestos por los *nutrientes* que son los elementos necesarios para mantener las funciones y procesos corporales, así como cubrir las necesidades de energía.

A veces a los alimentos se les describe por su *densidad de nutrientes*, que es la cantidad de nutriente por unidad de energía de la dieta (por ej. proporción entre nutrientes esenciales y números de kilocalorías). Cuanto mayor sea la densidad de nutrientes de una dieta mayor será la calidad de la misma. Así se podrían clasificar según su densidad de nutrientes:

a. Alimentos con *alta densidad de nutrientes*, como son las frutas y vegetales, los cuales proporcionan gran número de nutrientes en relación con las kilocalorías.
b. Alimentos con *baja densidad de nutrientes*, como son el alcohol (7 kcal/g.) o el azúcar, son relativamente ricos en kcal. y pobres en nutrientes, coloquialmente llamadas calorías vacías.

Por tanto, los alimentos aportan calorías y nutrientes que son necesarios para:

1. Proporcionar energía para las actividades metabólicas.
2. Proporcionar nutrientes para la construcción y mantenimiento de los tejidos corporales.
3. Regular los procesos corporales.

Los nutrientes necesarios básicos se pueden clasificar en dos grupos: macronutrientes (hidratos de carbono, proteínas, lípidos) y micronutrientes (vitaminas, minerales y agua).

2.1.1 MACRONUTRIENTES

a. Los hidratos de carbono:

Utilizados por el organismo en forma de glucosa, constituyen la principal fuente de energía del cuerpo, aportando 4 calorías cada gramo**.** En cuanto a la distribución en la dieta, se recomienda que cubran un mínimo del 50% siendo la proporción recomendable del 55-60% VCT (valor calórico total) de la energía de la dieta.

La cantidad recomendada sería 5 gramos/peso/día, de los cuales el 40-45% estarían compuestos por carbohidratos de absorción lenta y fibra; y el 10% o menos estarían compuestos de carbohidratos simples[70,71].

b. Las proteínas:

La principal función de las proteínas es la construcción y mantenimiento de los tejidos, pero además tienen diversas funciones tales como regulación del pH, precursores enzimáticos, procesos inmunitarios, hormonales, etc.

Se componen de 20 aminoácidos diferentes, 9 de ellos son esenciales (no los sintetiza el cuerpo) y por tanto deben aportarse a través de la dieta. Una *proteína completa*, también llamada *proteína de alta calidad*, contiene todos los aminoácidos esenciales en cantidades suficientes para permitir el crecimiento y mantener el equilibrio nitrogenado.

Se recomienda un contenido de proteínas de un 14 a un 20% del total de las calorías, aportando *4 calorías cada gramo*. Como ingesta recomendada sería de unos 0.8 gr/kg/día.

c. Los lípidos:

Son fuente de ácido linoleico, un ácido graso esencial para el crecimiento y desarrollo normales. Otras funciones son la síntesis y regulación de ciertas hormonas, estructuras tisulares, transmisión del impulso nervioso, almacenamiento de la memoria y metabolismo energético.

Considerando que un gramo aporta *9 calorías*, se recomienda que el contenido de lípidos sea inferior al 30% del aporte calórico total de la dieta (entre 1 y 1.2 gr./kg/día), a razón de 8-10%

ácidos grasos saturados, 10-15% monoinsaturados y 5% poliinsaturados. La ingesta de colesterol recomendada es de 300 mg/día.

2.1.2 MICRONUTRIENTES

a. Las vitaminas:

Su función es reguladora, pero al no poder sintetizarlas el ser humano deben incorporarse a la dieta. Se dividen en liposolubles (A, D, E y K) e hidrosolubles (vitamina C y vitaminas del complejo B). Un exceso podría producir *hipervitaminosis* y un defecto de vitaminas podría llevar a estados carenciales de vitaminas y sus correspondientes enfermedades asociadas (pelagra, escorbuto, Beri-Beri, etc.)

b. Los minerales:

Principalmente tienen función reguladora y estructural. Son elementos químicos inorgánicos que se encuentran en la naturaleza, 26 de los 90 elementos son esenciales para la vida del ser humano.

c. El agua:

Es el componente más importante del cuerpo humano, representando las dos terceras partes del peso corporal del hombre y aproximadamente la mitad en la mujer. En el momento del nacimiento, el cuerpo humano contiene la mayor proporción de agua que tendrá a lo largo de toda la vida, y que asciende a entre el 75 y el 85% del peso corporal total; esta proporción disminuye con la edad y la adiposidad. [81] En un adulto supone entre el 55 y el 65% de la masa total, de la que se pierde diariamente entre 2 y 2 ½ litros.

El agua tiene múltiples *funciones*: proporcionar turgencia a los tejidos corporales, diluir las sustancias disueltas para el metabolismo, servir de transporte de nutrientes y desechos del organismo, regular la temperatura corporal, lubricar los tejidos (particularmente el tejido conectivo de las articulaciones), etc.

2.2 DIETA EQUILIBRADA

La *dieta* es la combinación de los diferentes alimentos en la ingesta diaria para cubrir la necesidad de nutrientes (de la población o del individuo) que le permitan preservar el estado de salud [70,71].

La *dieta equilibrada* debe tener en cuenta tres conceptos importantes a la hora de combinar los alimentos:

- Cubrir las necesidades de energía y nutrientes del individuo.
- Conseguir una alimentación variada para asegurar los nutrientes necesarios.
- Utilizar técnicas culinarias adecuadas.

La valoración de una dieta, por tanto, tendrá en cuenta estos conceptos, calculando la energía necesaria para cada individuo, comprobando si se cumplen las recomendaciones de cada nutriente,

Para saber si los alimentos de la dieta contienen y aportan suficiente cantidad de nutrientes se usan como estándares de referencia ciertas recomendaciones que establecen los nutrientes adecuados, la frecuencia, la distribución de los alimentos y la forma de preparación, así como otros consejos sobre hábitos saludables relacionados con la dieta.

2.2.1 PIRÁMIDE DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE

Una guía para la elección de alimentos es la conocida pirámide alimenticia que elaboró la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) en el que realiza recomendaciones en cuanto a su distribución.

Fig. 11.1.: Pirámide de Alimentación Saludable (SENC)

En la base de la pirámide se hace la recomendación fundamental de llevar un estilo de vida saludable y activo. A continuación, se situaría el cuerpo intermedio de la pirámide, que a su vez se distribuye en 3 niveles:

- Primer nivel. Cereales integrales de grano entero, pan y pasta, según el nivel de actividad.
- Segundo nivel. Frutas (3-4 raciones), verduras (2-3 raciones), aceite de oliva para cocinar y aliñar con moderación.
- Tercer nivel. De consumo más moderado diario, para alternar a lo largo de la semana, como legumbres, frutos secos, pescado, carne, huevos y lácteos.

Y, por último, estaría el cuerpo superior de la pirámide, en él que aparecen los alimentos muy energéticos o con muchas grasas que deberían tomarse ocasionalmente y en raciones comedidas, como carne roja y procesada, dulces y golosinas, snacks y patatas fritas, bollería o bebidas alcohólicas[72–74].

2.2.2 PLATO DE HARVARD

El plato de Harvard[75] se trata de un método en el que se ilustra un plato de unos 32 cm de diámetro que dividimos por la mitad. En una mitad colocaremos las verduras y frutas. En la otra

mitad, que volveremos a dividir en dos, se colocan en cada una de ellas proteínas e hidratos de carbono. Es decir, la base de la alimentación deberían ser las frutas y verduras, representando el 50 % de lo que comemos. Otro 25% lo forman los cereales que deben ser consumidos preferentemente integrales, evitando los cereales refinados y limitando en todo lo posible los azúcares, dulces y bollerías industriales. El último 25% es el formado por los alimentos proteicos. En este se recomienda la ingesta de proteínas procedentes de pescado, carne blanca, legumbres y frutos secos. Las legumbres son una fuente excelente de proteínas, minerales, vitaminas y fibra, son uno de los alimentos más saludables que existen, por lo que se deberían tomar varias veces a la semana.

Se recomienda limitar el consumo de carnes rojas y evitar en todo lo posible la carne procesada (fiambres o salchichas). Se recomienda limitar los lácteos a un máximo de 2 al día. En cuanto a los líquidos, la bebida que debe ser consumida es el agua, evitando refrescos, batidos o zumos por su alto contenido en azúcares. Se recomienda evitar el alcohol.

Dentro de la imagen del plato se encuentra el lema “manténgase activo”, ya que el ejercicio es tan importante como la alimentación.

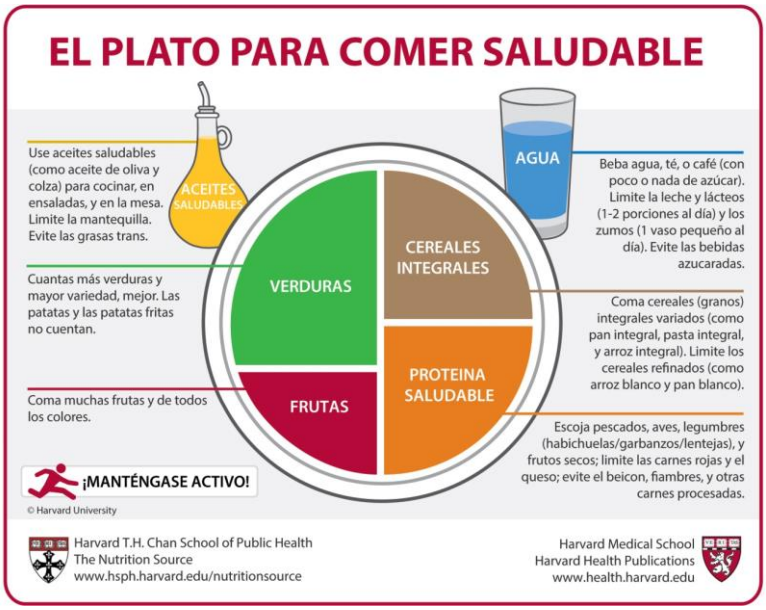


Fig. 11.2.: Plato Harvard

Derechos de autor © 2011 Universidad de Harvard. Para más información sobre el plato para comer saludable, por favor visite la fuente de nutrición, Departamento de Nutrición, Escuela de Salud Pública de Harvard, http://www.thenutritionsource.org y publicaciones de salud de Harvard, health.harvard.edu.

2.2.3 DIETA MEDITERRÁNEA

Los resultados del estudio PREDIMED (PREvención con DIeta MEDiterránea) han proporcionado la evidencia científica de mayor calidad para poder afirmar que seguir un patrón de alimentación mediterráneo es efectivo para la prevención de ECV (enfermedades cardiovasculares)[76,77].

Además, se ha demostrado que aquellos individuos que se adherían a la intervención con dieta mediterránea tenían una menor incidencia de otras enfermedades, como la diabetes tipo 2, y algunas de sus complicaciones, la obesidad y cáncer de mama. Por ello, se ha definido a la dieta mediterránea como el principal aliado para reducir los factores de riesgo cardiovascular siendo el tipo de dieta más recomendable.

Dicha dieta reúne ciertas características como el consumo diario de cereales y derivados; elevado consumo de frutas, hortalizas, verduras y legumbres; consumo regular de pescado, aves de corral y huevos; consumo de lácteos, sobre todo fermentados (quesos y yogures); consumo reducido de carne de vacuno, cerdo y sus derivados, el aceite de oliva como fuente principal de grasa; y los frutos secos como fuente de antioxidantes.

2.3 VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

El estado nutricional ofrece una perspectiva del estado de salud global del individuo. El profesional de enfermería evalúa el estado nutricional siguiendo el método clásico con la entrevista clínica, que supone la principal fuente de información sobre las prácticas nutricionales y las percepciones del paciente, tras la cual se procede a obtener indicadores objetivos mediante la exploración física.

2.3.1 ENTREVISTA CLÍNICA

En la entrevista se aborda el patrón de consumo de alimentos y líquidos del paciente; la ingesta de alimentos con cantidad diaria y distribución en el día; las preferencias alimentarias y forma de preparación; el apetito y otras sensaciones y experiencias relacionadas con la alimentación; los suplementos alimenticios, y también el balance hídrico. Para alcanzar este objetivo hay varias herramientas que puede utilizar el profesional:

2.3.1.1 REGISTRO DIETÉTICO DE 24 HORAS

Es el método más rápido y sencillo, en el que se describen todos los alimentos, bebidas y tentempiés ingeridos durante el día. Debe incluir el método de preparación de los alimentos, tipo de grasa añadida, utilización de sal y tamaño de las raciones. Suele cumplimentarse en consulta y puede conducir a error si el paciente no se acuerda o no precisa la ingesta del día anterior.

2.3.1.2 DIARIO ALIMENTARIO

Es el método más exacto para conocer la dieta del paciente y los hábitos relacionados con la alimentación. Consiste en solicitar al paciente el registro sistemático de toda ingesta de alimentos y bebidas durante tres o cuatro días, incluyendo un día de fin de semana. La ventaja es que el registro se realiza cuando se produce, con lo que suele inducir menos a error. Debe insistirse en que incluya toda ingesta oral, incluso la realizada fuera de las horas de comida, y también se recomienda que incluya comentarios de la persona sobre sus sensaciones a la hora de ingerir los alimentos.

2.3.1.3 REGISTRO DE LA FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS

Es un método que suele ser cualitativo ya que recoge consumo y frecuencia en el consumo de alimentos, pero también puede ser cuantitativo si se incluye recogida de cantidades (en gramos o en medidas caseras).

Se realiza con un listado de alimentos cerrado que abarca los alimentos de mayor consumo en la población (por ello no es muy útil en niños e inmigrantes). Se anota la frecuencia de consumo de alimentos (diaria, semanal, mensual, etc.) referida al último mes, en un listado estructurado y organizado según el modelo de consumo (desayuno, comida, cena…), es sencillo de realizar, pero de validez dudosa si los patrones son muy diferentes a los señalados en la lista.

2.3.1.4 BALANCE HÍDRICO

El balance entre la ingesta de líquidos y las pérdidas tiene gran importancia y cualquier alteración del mismo puede tener consecuencias en la salud del individuo.

El aporte de agua procede de tres fuentes principales:

- Del consumo de líquidos: agua y otras bebidas. La Agencia Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA), estableció como recomendación genérica una cantidad de agua que oscilaba entre los 2 y los 2,7 litros de agua diarios.
- Del agua de los alimentos sólidos, pues casi todos contienen algo de agua. Se considera que los alimentos aportan un 20% del líquido total ingerido.
- De las pequeñas cantidades de agua que se producen en los procesos metabólicos de proteínas, grasas e hidratos de carbono.

A FACTORES QUE AFECTAN EL EQUILIBRIO HÍDRICO

El agua supone entre el 55 y el 60% del peso total del individuo. El equilibrio que se mantiene entre ingresos y pérdidas puede estar alterado por diversos factores:

- Edad: los lactantes tienen inmaduros los riñones y la piel, con lo que las pérdidas pueden aumentar considerablemente. Lo contrario ocurre en los ancianos que, por fallos cardiacos y principalmente renales, tienen menor capacidad para concentrar la orina.
- Temperatura ambiente: El calor estimula el SN simpático que aumenta la sudoración. Se pueden llegar a perder cantidades de líquido que oscilan entre 700 a 2000 ml por hora.
- Dieta: Influye la ingesta de líquidos y electrolitos. En casos de desnutrición importante la utilización de reservas proteicas y el consiguiente descenso de albúmina produce extravasación de líquido y edema.
- Estrés: Eleva el metabolismo celular y la producción de ADH, y como consecuencia un aumento del volumen sanguíneo.
- Enfermedad: Procesos como quemaduras, tumores, patología cardiaca y renal pueden afectar a las necesidades de líquidos.

B PÉRDIDAS DIARIAS

• Orina:	1400-1500
• Pérdidas insensibles	
○ Pulmones:	350-400
○ Piel:	350-400
• Sudor:	100
• Heces:	100-200
TOTAL	2300-2600

2.3.2 EXPLORACIÓN FÍSICA. ANTROPOMETRÍA

Es un conjunto de técnicas que nos permite obtener mediciones de la morfología del sujeto, tales como estatura, peso corporal, perímetros y pliegues cutáneos. Como en toda valoración, es necesario establecer unos indicadores que sirvan de referencia para conocer los estados de normalidad y sus desviaciones.

2.3.2.1 ESTATURA

Se puede medir la talla en bipedestación a partir de 2 años de edad. Se usa un tallímetro, que puede ser fijado a la pared o plegable para transportarlo.

La medición de la estatura se realiza colocando al sujeto de pie sobre un plano horizontal, con los talones juntos, la espalda apoyada contra la pared y una regla métrica; la cabeza del sujeto se mantiene en posición correcta cuando se sitúa a la misma altura el oído y las ventanas nasales; en esta posición se coloca una escuadra sobre la cabeza, evitando encogimientos y posiciones violentas[39].

A algunos sujetos les resulta difícil mantenerse erguidos, en estos casos se puede calcular la estatura midiendo la *envergadura* de los brazos. Se pide al sujeto que extienda los brazos en cruz, y se mide con una cinta métrica, desde la punta del dedo medio de una mano hasta la punta del dedo medio de la mano opuesta. La envergadura se aproxima a la estatura del sujeto.

La estatura promedio en España (2014)[78] se sitúa entre 176,6 cm para el hombre y 163,4 cm para la mujer, con importantes variaciones interraciales y también, pero en menor medida, de tipo social, incluso laboral.

2.3.2.2 PESO CORPORAL

Es un indicador de la masa y volumen corporal. Se expresa en kilogramos. Se debe medir preferentemente al despertarse, en ayunas, después de haber orinado y sin ropa (o la menor posible).

El peso varía ligeramente a lo largo del día, en caso de no reunir las anteriores condiciones, para una mayor exactitud, se pesará al sujeto a la misma hora del día, vistiendo una ropa similar y utilizando la misma báscula.

Con la persona en bipedestación, y una vez que la báscula esté en cero, se pedirá al paciente que se suba al centro de la misma, deberá estar con los pies totalmente dentro de la báscula y sin moverse. Hay que evitar que se suba con calzado y a poder ser con la mínima ropa posible.

Para estudios nutricionales más especializados se utiliza la *báscula de bioimpedancia*, que además de medir el peso, nos indica la cantidad de agua y de grasa que tiene nuestro cuerpo, así como la masa ósea y muscular[70].

2.3.2.3 PERÍMETROS

Para medir correctamente, utilizaremos una cinta métrica flexible y graduada en centímetros. Los perímetros principales son:

- *Perímetro braquial* o circunferencia muscular del brazo. Se mide circularmente el brazo a la altura del punto medio entre el acromion y el olecranon. Se expresa en centímetros. Ofrece una estimación de la masa muscular y de los depósitos de grasa. Un valor reducido se encuentra en grave malnutrición proteico-calórica (percentil <3).
- *Perímetro abdominal*. Se mide a la altura del ombligo y se expresa en centímetros. La circunferencia de la cintura se debe medir en el punto superior de la cresta ilíaca con la persona en bipedestación y con una respiración mínima. Es útil para realizar el *cociente cintura/cadera*, indicadores de grasa visceral (obesidad abdominal).

2.3.2.4 PLIEGUES CUTÁNEOS

Miden la cantidad de grasa subcutánea. Mediante el *adipómetro* o paquímetro, (que es un calibre que se utiliza para medir el grosor de los pliegues de grasa subcutánea) mediremos los pliegues en el hemicuerpo izquierdo en las personas diestras, y en el hemicuerpo derecho en las zurdas. Se expresan en milímetros. Uno de los pliegues más utilizado es:

- *Pliegue tricipital*. Se toma en la parte posterior del brazo, verticalmente y a la distancia media entre el acromion y el punto radial del codo. Teniendo en cuenta que aproximadamente el 50% de la grasa corporal está en las capas de tejido subcutáneo, existe una *correlación* entre el grosor del pliegue y el contenido de grasa del cuerpo.

2.3.2.5 ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS

A ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)

Relaciona el peso y la talla mediante la siguiente fórmula IMC = Kg / m^2. Los valores principales en adultos según la OMS son[79]:

Tabla 11.1. Índice de Masa Corporal (IMC)

CATEGORÍA	IMC
Bajo peso	< 18,5
Peso normal	18,5 – 24,9
Sobrepeso (preobesidad)	25 – 29,9
Obesidad clase I	30 – 34,9
Obesidad clase II	35 – 39,9
Obesidad clase III	> = 40

El IMC proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, pues es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades. Sin embargo, hay que considerarla como un valor aproximado porque puede no corresponderse con el mismo nivel de grosor en diferentes personas.

B ÍNDICE DE CINTURA-CADERA (ICC)

Se calcula mediante la división del perímetro de la cintura entre el perímetro de la cadera. Si consideramos que la obesidad abdominal es un factor de riesgo de enfermedades coronarias, podemos indicar que los valores que determinan el riesgo en promedio son de ICC superior a 0,85 en mujeres, y de ICC superior de 0,95 en varones. Por ello el Índice de Cintura-Cadera es complementario al IMC, ya que éste último no distingue si el sobrepeso se debe a hipertrofia muscular fisiológica (saludable) como es el caso de los deportistas o a un aumento de la grasa corporal patológica (no saludable)[80,81].

2.3.2.6 HÁBITO CORPORAL (O BIOTIPO MORFOLÓGICO)

En los tratados clásicos se hace relación a los *biotipos constitucionales* como el conjunto de características anatómicas asociadas a determinados patrones funcionales y a una mayor o menor predisposición a ciertas enfermedades[82].

De las distintas escuelas que estudiaron los estados constitucionales una de las que más alcance ha tenido es la tipología de Kretschmer, que describe a los biotipos:

A) Pícnico (del griego pyknós, compacto, denso). Presenta un predominio del diámetro anteroposterior abdominal. De cara, pecho y abdomen anchos y gruesos; ángulo xifoideo abierto; miembros cortos y más bien delgados; manos anchas y cortas; articulaciones delgadas; cabeza

algo hundida entre los hombros. La cara tiende al enrojecimiento, tienen concentración de grasa bajo el mentón (papada) y en el abdomen. Los hombres suelen ser calvos precoces por seborrea.

B) Leptosomático (del griego leptós, estrecho, y soma, cuerpo). En un principio se le denominaba *asténico*, donde hay un predominio del diámetro longitudinal vertical sobre los demás. Delgado, hombros estrechos, pecho largo y aplanado y con el ángulo xifoideo agudo; el vientre está desprovisto de grasa y las caderas son poco prominentes. En la cara, que es alargada, estrecha y pálida, destaca una gran nariz con la frente inclinada hacia atrás y micrognatia[w]. Las extremidades son largas y delgadas.

C) Atlético: Son sujetos de un gran desarrollo muscular y óseo. Las extremidades son largas. Presentan un tórax grande y ricamente musculado. Los miembros inferiores son más delgados y la pelvis es estrecha. La cabeza es alargada y el rostro presenta relieves óseos angulados.

D) Displásicos: Este tipo incluye a los individuos cuyas alteraciones morfológicas son tan intensas que no permiten clasificarlos en ningún tipo anterior. Son sujetos que tienen de común la falta de euritmia, la desproporción y la tosquedad.

A pesar de sus importantes limitaciones por las inferencias psicológicas sobre el carácter y temperamento de las personas que establece esta y otras escalas tipológicas, el tipo constitucional del individuo tiene interés clínico, por las correlaciones que se han podido establecer respecto a la predisposición a determinadas reacciones y enfermedades: por ejemplo en los asténicos se les asocia con vagotonía, bradicardia, hipotonía, hipoglucemia, leucopenia, linfocitosis y ulcus péptico; y a los pícnicos se les asocian con taquicardia, hiperglucemia, poliglobulia, patología biliar, diabetes, obesidad y enfisema.

2.4 ALTERACIONES DEL ESTADO NUTRICIONAL

2.4.1 TRASTORNOS DEL PESO Y VOLUMEN CORPORAL

2.4.1.1 BAJO PESO

Cuando el peso es muy inferior al teórico se habla de *delgadez*, la cual puede ser exógena (hipoalimentación) o endógena. Puede ser un estado familiar o constitucional, como ocurre con los leptosomáticos.

La *caquexia* (del griego, *kakós*, malo, y *héxis*, hábito, estado) es el grado extremo de desnutrición que se une a deshidratación y gran postración física y debilidad mental.

Existen múltiples causas de pérdida de peso involuntaria, como son: cáncer, trastornos gastrointestinales, endocrinos, metabólicos, respiratorios, cardiopatías, insuficiencia renal, infecciones, fármacos, trastornos de la boca y dientes, factores relacionados con la edad, trastornos neurológicos, sociales, psiquiátricos, idiopáticas, etc.

2.4.1.2 OBESIDAD

La *obesidad*, se produce por un aumento de grasa que resulta de un apetito excesivo (exógena) o de un retardo en el metabolismo por trastornos endocrinos (endógena). En cualquier caso, el obeso, aunque coma cantidades normales de alimentos, siempre come más de lo que necesita. Para hacer una correcta valoración del estado nutricional es necesario diferenciar el aumento del volumen corporal debido a una obesidad o a un exceso de agua y sales en el compartimento extracelular, lo que se denomina *edema.*

w Micrognatia es el tamaño excesivamente pequeño de los maxilares.

La distribución *de la grasa excesiva* puede adoptar dos patrones diferentes debido al predominio de andrógenos o estrógenos, pudiendo clasificarse en dos tipos de obesidad:

- *Obesidad androide*: la distribución de la grasa va a ser central, también llamada abdominal, visceral o en forma de “manzana”.
- *Obesidad ginecoide*: en este caso la distribución es periférica, se denomina también glútea o en forma de “pera”.

La obesidad (especialmente la visceral) aumenta el riesgo de padecer enfermedades no sólo cardiovasculares, si no también aumenta el riesgo de padecer diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, dislipemia, hiperuricemia, enfermedades cardiorrespiratorias, digestivas, musculoesqueléticas, entre otras.

2.4.1.3 EDEMA

Es el paso de líquido del espacio intravascular al líquido intersticial. En este paso pueden intervenir diversos factores:

a) Presión hidrostática: Ejercida por el peso del agua. Es la presión de la sangre en los capilares, que se ve favorecida por la fuerza de la gravedad. Las dificultades en el retorno venoso por compresiones o por debilidad miocárdica, producen aumento de la presión hidrostática.

b) Presión oncótica o coloidosmótica: Desarrollada por la acción osmótica de las proteínas y otros coloides. La disminución en el contenido de albúmina en plasma produce la salida de líquido al exterior del vaso.

c) Permeabilidad capilar: aumenta en la inflamación, alteraciones nerviosas o metabólicas.

Hay una tensión mecánica del conectivo que impide la salida de líquidos de los vasos y una presión oncótica hística que los atrae; la alteración de estas fuerzas en la dirección del conectivo provoca la formación del edema. El cúmulo de líquido en pleura se denomina *hidrotórax* y en cavidad peritoneal *ascitis*. El edema generalizado en toda la superficie corporal se denomina *anasarca*. Cuando la compresión se produce a nivel de los vasos linfáticos aparece un edema linfático o *linfedema*.

2.4.2 TRASTORNOS DEL APETITO

Al valorar el apetito encontramos distintos tipos de alteraciones que podemos clasificar en trastornos cuantitativos y cualitativos.

2.4.2.1 TRASTORNOS CUANTITATIVOS DEL APETITO

A ANOREXIA

Se caracteriza por la ausencia de hambre, a pesar de la necesidad fisiológica de ingerir alimento. Hay que diferenciarlo de la *sitofobia* que es el miedo a comer o temor a atragantarse. Entre las posibles causas de la anorexia encontramos:

- *Procesos digestivos*: apendicitis, cáncer en el aparato digestivo, cirrosis hepática, enfermedades crónicas digestivas (enfermedad de Crohn, gastritis atrófica, etc.)
- *Enfermedades endocrinas*: enfermedad de Addison, enfermedad de Simmonds Sheehan, hipotiroidismo.
- *Trastornos psíquicos*: anorexia nerviosa, ansiedad y depresión.

- *Intoxicaciones exógenas*: alcoholismo, fármacos (digitálicos, efedrina, metronidazol), drogas (anfetaminas), tabaquismo, etc.
- *Intoxicaciones endógenas*: cetoacidosis diabética, uremia crónica.
- *Causas iatrogénicas*: radioterapia y quimioterapia.
- *Otras*: enfermedades neoplásicas (leucemia, linfoma de Hodkgin), infecciosas (neumonía, sarampión, varicela), anemia perniciosa, dolor crónico, procesos febriles, etc.

B HIPOREXIA O INAPETENCIA

Se produce cuando hay una disminución del deseo de comer, pero no ausencia. Suele darse que el inapetente tenga mayor aversión a los alimentos que sea necesario masticar. Entre sus posibles causas:

- *Fisiológicas*: envejecimiento.
- *Psicológicas*: como tristeza, ansiedad, estrés, depresión, demencia o anorexia nerviosa.
- *Sociales*: pérdida de seres queridos, soledad, estancias hospitalarias o ingresos en residencias.
- *Patológicas*: cáncer (estómago, páncreas, colon, ovarios), trastornos del tubo digestivo, enfermedad hepática crónica, insuficiencia renal, insuficiencia cardiaca o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
- *Fármacos*: como los medicamentos de quimioterapia, la codeína o la morfina.

C HIPERFAGIA

Es un deseo excesivo por el alimento, un apetito exagerado. En ocasiones es intermitente, y en otras es persistente. Entre sus posibles causas[83]:

- *Fisiológicas*: Síndrome premenstrual, gestación.
- *Psicológicas*: ansiedad, bulimia nerviosa, *trastorno por atracón*, determinadas situaciones emocionalmente estresantes.
- *Patológicas*: diabetes mellitus (incluso diabetes gestacional), enfermedad de Graves Basedow, hipertiroidismo, hipoglucemia, acromegalia, úlcera péptica con hiperclorhidria (hambre dolorosa).
- *Fármacos*: corticosteroides, antidepresivos tricíclicos, etc.
- *Drogas*: cannabis.

2.4.2.2 TRASTORNOS CUALITATIVOS DEL APETITO

A PICA

Es la ingestión de sustancias no comestibles y según la sustancia que se trate se habla de *geofagia* para designar la ingesta de yeso, carbón o tierra, o *pagosfagia* si se ingiere hielo. La pica se observa más en niños pequeños que en adultos. También se puede presentar durante el embarazo. Las causas más frecuentes son deficiencia de minerales o sales, o bien una parasitosis intestinal.

En otras ocasiones, como en la *coprofagia* o ingesta de heces, las causas suelen ser el déficit intelectual severo o comportamientos regresivos esquizofrénicos.

2.4.3 DISFAGIA

Es la sensación subjetiva de dificultad para el paso del bolo alimenticio a lo largo del esófago[84]. Se pueden distinguir varios tipos de disfagia:

A DISFAGIA FUNCIONAL U ORGÁNICA

En el estudio de la disfagia se debe distinguir entre la *disfagia funcional-espasmódica* y la *orgánica*. La primera es variable en su intensidad y lugar de producción, intermitente (se experimenta unos días y falta en otros) y caprichosa, ya que puede presentarse incluso frente a los líquidos y no en los sólidos (*disfagia paradójica*); otras veces la motivan los alimentos calientes y no los fríos o al revés. Es más frecuente en sujetos con taras afectivas y cede o se alivia con antiespasmódicos y sedantes.

La *disfagia* orgánica es progresiva, primero a sólidos y luego a líquidos (*disfagia total*), fija (radica en el mismo sitio) y permanente. Cede poco o nada bajo la acción de espasmódicos y sedantes. Entre sus causas encontramos la xerostimía[x], dolor, anestesia, obstrucción, parálisis o espasmos por tétanos, encefalitis, intoxicaciones por estricnina.

B DISFAGIA OROFARÍNGEA O ESOFÁGICA

Una clasificación que puede tener un importante interés clínico es la que distingue dos tipos de disfagia según sea la estructura anatómica afectada: orofaríngea y esofágica. En ambos casos puede haber causas de naturaleza orgánica o funcional.

En la *disfagia orofaríngea* la dificultad se encuentra al inicio de la deglución, el bolo alimenticio no puede llegar al esófago. Se acompaña de síntomas como tos, regurgitación nasofaríngea, sialorrea o xerostomía, deglución fraccionada, disartria, asfixia e incluso aspiración de alimento a la vía aérea.

Las causas pueden ser múltiples:

- Enfermedades neurológicas o musculares, que dificultan la motilidad
- Enfermedades orgánicas que producen obstrucción, como en las neoplasias o el absceso retrofaríngeo
- Causas iatrogénicas por el tratamiento con fármacos, cirugía, radiación
- Enfermedades infecciosas de origen bacteriano, vírico o fúngico
- Alteraciones funcionales: acalasia, disinergia del esfínter esofágico superior.

La *disfagia esofágica* se localiza por debajo del hueco supraesternal. Presenta alteraciones en el transporte del bolo desde el esófago hasta el estómago, y entre sus síntomas se encuentran la pirosis, dolor torácico que el paciente suele referir como un “nudo retroesternal”, además de regurgitación tardía del alimento previamente ingerido. Se pueden clasificar según sus causas en dos tipos:

- Obstrucción mecánica: disfagia estable y progresiva que puede darse en estenosis[y], neoplasias esofágicas o mediastínicas, divertículos[z], cuerpos extraños, esofagitis tóxica o infecciosa, entre otras.
- Trastorno de la motilidad: disfagia intermitente, con síntomas torácicos bajos, que pueden asociarse a acalasia[aa], trastornos motores espásticos, dismotilidad esofágica, entre otras[85].

x Sinónimo de aptialismo o asialia. Es la ausencia o disminución de secreción de saliva que provoca sequedad de boca.

y Estrechez patológica de un orificio o conducto por causa congénita o accidental.

z Apéndice hueco, en forma de saco, que se forma en un conducto principal.

aa Dilatación del esófago como consecuencia de la imposibilidad de relajación del cardias.

2.4.4 VÓMITOS

Es la *expulsión activa, por la boca, del contenido gástrico*. Es un reflejo complicado, con el *centro del vómito*, que es una zona neurorreceptora, situado en la porción dorsal de la sustancia reticular lateral, y una *zona reflexógena* quimiorreceptora situada en el suelo del 4º ventrículo, cuya única función es emitir impulsos eferentes hacia el centro del vómito. El centro del vómito recibe estímulos aferentes de distintos lugares del tubo digestivo y de otras partes del cuerpo, de la porción superior del tronco encefálico y de centros corticales en especial del sistema laberíntico y de la zona reflexógena quimiorreceptora.

El vómito suele ir precedido de *náuseas*, sensación desagradable con anorexia y repugnancia por alimentos, ganas de devolver y molestias de garganta y epigastrio. Otros síntomas son palidez, sudor frío, sialorrea, astenia, vértigos, cefalea y taqui o bradicardia. Posteriormente unos movimientos antiperistálticos que se inician en yeyuno y luego duodeno, vacían el contenido intestinal en estómago. Desde aquí, por movimientos del diafragma y la musculatura abdominal pasa al esófago (de no producirse este paso se habla de arcadas). Hay una inspiración y se cierra la glotis. El aumento de la presión torácica desplaza el contenido esofágico. El velo del paladar asciende y el contenido sale por la boca.

A REGURGITACIÓN

Es necesario hacer el diagnóstico diferencial con la *regurgitación*, en la que la vuelta al esófago de contenido gástrico se realiza sin esfuerzo ni náusea al no estar implicado el reflejo emético. La causa de este síntoma es el aumento de la presión intraabdominal que puede provocar maniobras comunes como el decúbito, la flexión o los eructos del contenido gástrico hacia la boca[86].

La *rumiación*, o merecismo, es la regurgitación repetida de residuos alimentarios, que pueden ser masticados nuevamente y deglutidos. Puede diagnosticarse a cualquier edad. La causa más frecuente es un trastorno de la conducta alimentaria (más frecuente en los individuos con discapacidad intelectual), aunque hay que descartar una afección gastrointestinal asociada u otra afección médica (p.ej., reflujo esofágico, estenosis pilórica).

B TIPOS DE VÓMITOS

Al estudiar los vómitos podemos clasificarlos atendiendo a diversas características: patogenia, composición, relación con los dolores y horario.

PATOGENIA

Dependiendo de cómo las diversas causas estimulen al centro del vómito, distinguimos:

a) Vómitos reflejos: El estímulo es la irritación mecánica de una mucosa, o distensión de una víscera hueca (obstrucción distal), o inflamación, o agentes químicos, o mecanismos alérgicos. Según sea el origen se habla de vómitos gástricos y viscerales o extragástricos. En general puede decirse que todo dolor agudo puede provocar vómitos.

b) Vómitos centrales: Por estímulos diversos que alcanzan el centro del vómito, ya sea por vecindad o a través de vías procedentes de otros centros.

1.- Vía humoral: Hipoxia del centro del vómito (anemias crónicas), hemorragias agudas, tóxicos endógenos y exógenos, etc.

2.- Vía neurógena: Vómitos cerebrales, sin náuseas o apneas, inesperados y en forma de proyectil por estímulo mecánico, como ocurre en la hipertensión endocraneal (vómitos en escopetazo).

3.- Psicógenos: Los llamados vómitos nerviosos casi siempre en histéricos, como expresión de repugnancia a personas o a una situación.

COMPOSICIÓN

a) Vómitos alimenticios: Están compuestos por alimentos sin digerir. Es el vómito más frecuente en clínica, pero además del alimentario puro se puede encontrar mezclado con otros productos

b) Vómitos mucosos: El moco gástrico, signo de inflamación de la mucosa gástrica, es adherente, filante y sobrenada en el jugo gástrico. El moco nasofaríngeo deglutido tiene aspecto blanquecino, en copos espumosos, por ir mezclado con saliva y queda en la parte superior.

c) Vómitos acuosos: Contenido de jugo gástrico puro. Son abundantes, límpidos como el agua. Se presentan en pacientes con hipersecreción.

d) Vómitos biliosos: Tienen color amarillento o verdoso, dependiendo del tiempo que ha estado en el estómago.

f) Vómitos sanguinolento: La emisión de sangre roja o negra por la boca en forma de vómito se denomina *hematemesis*. Se diferencia de la hemoptisis porque en este caso la sangre es roja brillante y su emisión va precedida de tos, mientras que la hematemesis se produce tras vómitos y suele tener alimentos en su contenido.

Cuando la sangre es roja suele proceder de varices esofágicas, aunque puede proceder de faringe o de fosas nasales y sobre todo indica sangrados recientes. La sangre negra necesita algo más de tiempo y se produce porque el ácido clorhídrico gástrico transforma a la hemoglobina en clorhidrato de hematina, la cual tiene el aspecto de *posos de café*. Esta transformación ocurre con un breve contacto de la sangre con la secreción clorhídrica gástrica. La hematemesis se debe a sangre procedente de estructuras por encima del ángulo de Treitz, ya que rara vez la sangre originada por debajo del duodeno llega al estómago[87].

g) Vómitos purulento: Es la expulsión de pus de la cavidad gástrica, procedente de una afección propia o de la abertura de una colección purulenta vecina.

h) Vómitos estercoráceos o fecaloideos: Son de color castaño oscuro, aspecto diarreico y olor fecaloideo. Algunas veces aparece la materia fecal más o menos moldeada. Significa obstrucción intestinal alta o baja, o una fístula gastrocólica.

2.4.5 DISPEPSIA

Son un conjunto de molestias subjetivas que el paciente refiere como *mala digestión*. Se presenta con *dolor o malestar epigástrico, en hipocondrio derecho o abdominal difuso, sensación de distensión abdominal, intolerancia a ciertas comidas, eructos, náuseas, vómitos posprandiales precoces y sensación de opresión epigástrica*. En ocasiones se asocia a alteraciones de la motilidad intestinal en forma de dolor abdominal bajo y alteraciones crónicas del ritmo de la defecación, y no es raro asociar, en el interrogatorio, este cuadro con trastornos emocionales y estados de ansiedad con modificaciones dietéticas.

Se debe, muy probablemente a alteraciones de la motilidad gastroduodenal que se manifiestan como un trastorno del vaciamiento gástrico, difícilmente demostrable por técnicas radiológicas o endoscópicas. También se puede presentar en alteraciones orgánicas que dificultan el vaciamiento gástrico como úlcus[bb], gastritis o tumores gástricos[86].

bb Úlcera

3 PIEL, MUCOSAS Y ANEJOS CUTÁNEOS

3.1 PIEL

3.1.1 ESTRUCTURA Y FUNCIÓN DE LA PIEL

La piel es un órgano, y tiene una estructura estratificada compuesta por tres capas funcionalmente interrelacionadas: epidermis, dermis e hipodermis. Son sus funciones:

1.- *Regula la temperatura corporal*. La irrigación de la piel no precisa la gran cantidad de *vasos* que posee. Produciéndose una gran vasodilatación o vasoconstricción, según se precise, a través de la piel puede regularse la temperatura. Otro mecanismo es la *transpiración*. Cuando el agua se evapora de la superficie corporal, se pierden 0,58 calorías por gramo de agua evaporada. El agua se evapora insensiblemente por la piel y los pulmones con intensidad de 600 a 800 ml al día. La pérdida de calor por evaporación puede controlarse regulando la intensidad del sudor.

2.- *Primera línea de defensa del organismo.* Junto con las membranas mucosas, evitan la excesiva *pérdida de agua* y ofrecen una *barrera física* ante las agresiones externas, protegiendo a los tejidos subyacentes de que se sequen y se lesionen.

3.- *Evita el paso de microorganismos*. Esta función la ejerce por su efecto secante, ya que los microorganismos crecen y se desplazan más favorablemente en un medio húmedo; la producción de *sebo* tiene propiedades antibacterianas y antifúngicas, y mediante el *pH de la piel* ligeramente ácido que limita el crecimiento de gérmenes[88].

4.- *Portadora de receptores nerviosos,* sensibles al dolor, la temperatura, al contacto y a la presión, transmiten estas percepciones al centro nervioso, produciendo un acto reflejo o una retirada voluntaria.

5.- *Colabora en la producción de vitamina D*.

3.1.2 VALORACIÓN DE LA PIEL

Se valora, junto con la coloración y las lesiones, el grado de *humedad*, permaneciendo seca una piel normal; la *temperatura*, que es caliente, se valora con la cara dorsal de los dedos de la mano comparando siempre porciones simétricas del cuerpo, y no solo se buscan variaciones de la temperatura a nivel general sino que podemos encontrar cambios de temperatura muy localizados que correspondan a procesos inflamatorios locales; la *textura* que informa, a través de las sensaciones que se perciben de las estructuras más profundas, de la suavidad o aspereza, finura o grosor y tirantez o flexibilidad pasando sobre ella la yema de los dedos, y la *turgencia* o elasticidad de la piel, que puede disminuir por edema o deshidratación. En caso de *edema cutáneo* es pálido (de color rojizo o azulado), abultado ligeramente y al ser presionado con el dedo deja una huella persistente que se denomina *fóvea*. Este signo permite cuantificar la importancia del edema, indicando con cruces la profundidad de la huella:

- 1+ Apenas detectable
- 2+ Fóvea de menos de 5 mm
- 3+ Fóvea de 5 a 10 mm
- 4+ Fóvea de más de 10 mm

La *deshidratación* de la piel se valora mediante el *signo del pliegue*: tomar entre la yema de los dedos un pliegue cutáneo de la cara dorsal de la mano o del antebrazo y soltarlo a continuación;

en condiciones normales es fácil levantar la piel y vuelve inmediatamente a su posición inicial, si esa turgencia se pierde el pliegue permanece[82].

3.1.2.1 COLORACIÓN DIFUSA

Depende de la transparencia de la epidermis y capa superior de la dermis, de la sangre de la dermis y de la mayor o menor cantidad de pigmento en la capa basal de la epidermis. Podemos encontrar diferentes coloraciones:

A) *Enrojecimiento*: Se da en la congestión por hipervolemia, por ira o pudor, o en el síndrome carcinoide, etc.

B) *Palidez*: En la anemia o el colapso.

C) *Cianosis*: Es la coloración azulada de la piel y mucosas. Aparece cuando hay un alto porcentaje de hemoglobina reducida en los capilares y vénulas superficiales: 5 g/100 ml, que según sea el origen, dará lugar a cianosis central o periférica. *Cianosis central* es una coloración uniforme pero que se percibe más en las zonas de piel fina y muy vascularizada como es en los labios, lengua, punta de la nariz, pómulos, mejillas, lóbulos de la oreja, extremidad distal de dedos y lecho ungueal, y es producida por una insuficiente oxigenación de sangre arterial. La *cianosis periférica* se debe a una excesiva extracción de oxígeno por parte de los tejidos, a causa de un enlentecimiento de la circulación capilar.

D) *Tinte ictérico*: Coloración amarillo-verdosa en zonas de piel fina o de débil intensidad de la esclerótica. Se debe a retención o regurgitación de pigmentos biliares a la sangre. La esclerótica tiene mayor afinidad por la bilirrubina y son suficientes 2,5 – 3 mg/100 ml para que adquiera un color ictérico; en cambio en la piel son precisos 7 mg/100 ml.

E) *Hiperpigmentación*: Piel morena más o menos oscura, que puede tener un origen racial o por enfermedad: *endocrina* (La excesiva producción de hormonas hipofisarias, hormonas estimulantes de los melanocitos y ACTH, pueden provocar mayor actividad de los melanocitos; ejemplo típico es la enfermedad de Addison), *metabólica* (Por distintas causas como la mayor fotoreactividad de las porfirinas en la porfiria, o el aumento del depósito de hierro en la piel en la hemocromatosis estimula la producción de melanina), *autoinmune* (como en la esclerodermia) o por *fármacos* o metales que estimulan la producción de melanina o forman complejos con la melanina y se depositan en la dermis).

F) *Albinismo*: Falta congénita de pigmentación melánica, con piel sonrosada, pelo blanco e iris rosa.

3.1.2.2 LESIONES ELEMENTALES DE LA PIEL

A MÁCULA

Mancha anormal de la piel, circunscrita, no prominente ni con inflamación palpable. Su tamaño es inferior a 1 cm; cuando lo supera se denomina *mancha*. Se pueden distinguir dos tipos:

a) PIGMENTARIAS: Por exceso de pigmentación como las *efélides* o *pecas* y las manchas de *café con leche*. Por defecto como el *vitíligo*.

b) SANGUÍNEAS: Entre las que distinguimos otros dos tipos a su vez:

1. *Congestivas*: Producidas por vasodilatación, que desaparecen a la presión con el dedo o con un vidrio. Si son rosadas, redondeadas y pequeñas las denominamos *roseola*. Las debidas a hiperemia o vasodilatación formando placas rojas de gran extensión o difusas por el cuerpo, reciben el nombre de *eritema*.

2. *Hemorrágicas*: Debidas a extravasación de sangre a dermis o hipodermis. No desaparecen a la presión y varían de color con la evolución del pigmento hemático, yendo de un rojo a un rojo azulado y más tarde a verde y amarillo. Las *petequias* son puntiformes se producen por extravasación de sangre en el cuerpo papilar de la piel. Las *equimosis* son de mayor extensión que las petequias.

B PÁPULA

Elevación sólida de diámetro inferior al centímetro. Puede ser acuminada en su vértice (puntiaguda) o roma como una verruga.

C VESÍCULA

Elevación epidérmica circunscrita, de contenido líquido (seroso o hemorrágico), inferior a 0,5 cm. Cuando son mayores de 0,5 cm se llaman *ampollas*. Otros autores establecen el límite en 1 cm. Las que ocupan extensiones amplias se denominan *bullas* o *flictenas* sucesivamente.

D PÚSTULA

Vesícula de contenido purulento.

E RONCHA O HABÓN

Prominencias sólidas, aplanadas, de mayor tamaño que las pápulas, desiguales unas de otras, pálidas en el centro y eritematosas en la periferia, fugaces generalmente y pruriginosas (*urticaria*).

F NÓDULOS

Pequeñas masas sólidas por infiltración subcutánea profunda y circunscrita. Se palpan más que se ven. El *goma* es un nódulo que reblandece y se abre al exterior.

G EROSIÓN

Pérdida de epidermis y capas altas de la dermis. Se resuelve dejando cicatriz y su patogenia está relacionada con rotura de vesículas o pústulas o por necrosis de la epidermis debido a radiaciones o quemaduras.

H EXCORIACIÓN

Similar a la erosión. Es secundaria al rascado y suele ser lineal.

I FISURA

Abertura de epidermis en forma de hendidura lineal, como una grieta. Dolorosa por falta de protección de terminaciones nerviosas.

J COSTRA

Exudado seco formado por coagulación del suero o pus. Se puede mezclar con sangre.

K ESCAMAS

Descamación en láminas o polvo de capas córneas de la epidermis, generalmente engrosadas antes.

L ÚLCERA

Solución de continuidad por pérdida de sustancia cutánea; es circunscrita y se extiende desde la epidermis hasta el corion. Es de origen patológico, como ocurre con la úlcera por presión (por su

importancia para la Enfermería se le dará un tratamiento diferenciado), úlcera trófica (trastorno nutritivo), úlcera venosa o arterial. Al curar deja cicatriz con retracción cutánea.

3.1.2.3 ÚLCERA POR PRESIÓN

La úlcera por presión (UPP) es una lesión localizada de la piel y que puede afectar al tejido subyacente, generalmente ubicada sobre una prominencia ósea, a consecuencia de la combinación de la presión, la isquemia y las fuerzas tangenciales o de cizallamiento. (63) Se produce por una presión continua entre dos planos duros (uno exterior y una prominencia ósea en el interior) que provoca el cierre de los vasos sanguíneos con los consiguientes fenómenos isquémicos, que de prolongarse pueden llegar a la necrosis tisular. La isquemia desencadena fenómenos inflamatorios que se inician con dolor y aumento de vascularización en la zona. La presión necesaria para provocar isquemia solo debe ser superior a 32 mmHg, que es la presión arteriocapilar. Si esta presión se libera los tejidos vuelven a perfundirse y no progresa la inflamación, pero de continuar se incrementan los fenómenos inflamatorios llegando a la necrosis. La presión externa superior a 60 mmHg durante más de 2 horas provoca daño irreversible[89,90].

Tanto las úlceras por presión como las heridas crónicas requieren para su cicatrización de períodos muy prolongados de tiempo, ya que cicatrizan por segunda intención (complejo proceso de cicatrización que elimina y reemplaza el tejido dañado).

A ESTADIOS

Estadio I. La piel permanece íntegra y se observa un eritema cutáneo que permanece 1 hora después de aliviar la presión sobre la zona y no palidece al presionar.

Estadio II. Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas. Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.

Estadio III. Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo. En esta fase es característica por estar cubierta la úlcera por una costra negra formada por restos de tejido necrótico, que se denomina *escara*. Es un estadio transitorio ya que el músculo es el tejido más sensible a la hipoxia y evoluciona rápidamente al siguiente estadio.

Estadio IV. Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso e incluso tendón y cápsula articular. En este estadio, como en el III, pueden presentarse lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos.

B FACTORES DE RIESGO

Aunque la principal causa es la presión, existen una serie de factores que pueden desencadenar o acentuar la susceptibilidad de desarrollarlas. Se pueden clasificar en:

Intrínsecos: Enfermedades motoras (musculares o neurológicas) que dificultan la movilidad del paciente para realizar cambios posturales; sensitivas que impiden la percepción del dolor como alerta del inicio de los fenómenos inflamatorios; cardiocirculatorias que potencian la isquemia tisular; nutricionales que hacen que los tejidos sean más sensibles a las agresiones externas y se dificulte la cicatrización, asimismo la delgadez hace que los tejidos estén peor protegidos frente a la presión y la obesidad incrementa la presión sobre los vasos sanguíneos; cutáneas, como el edema o la sequedad de piel, que disminuyen la elasticidad y hacen a la piel más vulnerable a las presiones externas, y por último el envejecimiento cutáneo con cambios como la pérdida de vasos en la dermis, el adelgazamiento de la epidermis, la pérdida de fibras elásticas y el aumento de la permeabilidad cutánea, incrementan la susceptibilidad al desarrollo de úlceras.

Extrínsecos: como consecuencia de determinadas terapias o procedimientos diagnósticos; humedad provocada por incontinencia urinaria/fecal, sudoración profusa, exudados de heridas, etc.; pliegues en la ropa de la cama u objetos extraños que oprimen la piel del paciente; algunos fármacos como inmunosupresores, sedantes, vasoconstrictores[84].

C LOCALIZACIÓN

En pacientes inmovilizados varía la localización según la posición en la que esté el paciente, las zonas de mayor riesgo según la posición del paciente son:

- Decúbito dorsal (talones, sacro, codos, escápulas, cabeza en región occipital),
- Decúbito lateral (maléolo, cóndilos, trocánter, costillas, acromion y oreja),
- Decúbito prono (dedos de los pies, rodillas, genitales masculinos, mamas, acromion y mejillas).

D VALORACIÓN DEL RIESGO

En las UPP la prevención es el mejor tratamiento; por ello, el mayor esfuerzo debe ir encaminado a la detección precoz de pacientes de riesgo mediante una óptima valoración. Como herramientas, se pueden usar *escalas de valoración del riesgo* como: Escala Norton, escala de Braden y Braden Q (para niños), escala de Arnell, escala Nova 5, escala de Emina, y escala de Waterlow. Por ser las más utilizadas en nuestro ámbito clínico estudiaremos con más detalle las escalas de Norton y Braden.

*Escala Norton*91: sirve para cuantificar el riesgo que tiene un paciente de desarrollar úlceras por presión (UPP). Mide el riesgo de úlceras por presión. La escala de Norton se utiliza generalmente en geriatría para pacientes encamados, tanto crónicos (en domicilios, residencias geriátricas o centros sociosanitarios) como en pacientes ingresados en unidades en los hospitales para prevenir la aparición de UPP. Esta escala analiza 5 parámetros del paciente, estableciendo una puntuación que va de 1 (peor estado) a 4 (mejor estado):

Tabla 11.2.: Escala de Norton

ESCALA DE NORTON				
ESTADO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA
4. BUENO	4. ALERTA	4. CAMINANDO	4. TOTAL	4. NINGUNA
3. DÉBIL	3. APÁTICO	3. CON AYUDA	3. DISMINUIDA	3. OCASIONAL
2. MALO	2. CONFUSO	2. SENTADO	2. MUY LIMITADA	2. URINARIA
1. MUY MALO	1. ESTUPOROSO	1. EN CAMA	1. INMÓVIL	1. DOBLE

La valoración del riesgo se hace calculando la *puntuación total*, que establece los *niveles de riesgo* de aparición de úlceras por presión:

- De 5 a 9 puntos, *riesgo muy alto*
- De 10 a 12, *riesgo alto*
- De 13 a 14, *riesgo medio*
- Más de 14 puntos *riesgo mínimo* o nulo

Escala Braden[92]. Es una escala de evaluación del riesgo de padecer una úlcera por presión algo más completa que Norton al incluir aspectos como la nutrición y la presencia de roces. Consta de seis subescalas puntuadas, igualmente del 1 al 4.

Tabla 11.3.: Escala de Braden

ESCALA DE BRADEN				
PERCEPCIÓN SENSORIAL	1. COMPLETAMENTE LIMITADA	2. MUY LIMITADA	3. LIGERAMENTE LIMITADA	4. SIN LIMITACIÓN
EXPOSICIÓN DE LA PIEL A LA HUMEDAD	1. CONSTANTEMENTE HÚMEDA	2. A MENUDO HÚMEDA	3. OCASIONALMENTE HÚMEDA	4. RARAMENTE HÚMEDA
ACTIVIDAD FÍSICA	1. ENCAMADO/A	2. EN SILLA	3. DEAMBULA OCASIONALMENTE	4. DEAMBULA FRECUENTEMENTE
MOVILIDAD	1. COMPLETAMENTE INMÓVIL	2. MUY LIMITADA	3. LIGERAMENTE LIMITADA	4. SIN LIMITACIONES
NUTRICIÓN	1. MUY POBRE	2. PROBABLEMENTE INADECUADA	3. ADECUADA	4. EXCELENTE
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES CUTÁNEAS	1. PROBLEMA	2. PROBLEMA POTENCIAL	3. NO EXISTE PROBLEMA APARENTE	

Los tres primeros subíndices miden factores relacionados con la *exposición* a la presión intensa y prolongada, mientras que los otros tres están en relación con la *tolerancia* de los tejidos a la misma.

Todas las subescalas se puntúan del 1 al 4, salvo en el parámetro de *Roce y peligro de lesiones cutáneas*, que va del 1 al 3. La *puntuación total* cuanto más baja mayor es el riesgo, como ocurre en la escala de Norton.

Cuanto menor sea el resultado, mayor será el riesgo de UPP.

- *Alto riesgo*: 12 puntos o menos
- *Riesgo moderado*: 13 a 17 puntos
- *Riesgo bajo*:
    - 15 a 16 si es menor de 75 años
    - 15 a 18 si tiene 75 años o más

3.2 MUCOSAS

Las membranas mucosas continúan con la piel, recubren los tractos digestivo, urinario, reproductor y respiratorio, así como la conjuntiva de los ojos. Están provistas de glándulas que secretan moco y enzimas. Sus *funciones* principales son:

- Protección: Son una barrera frente a los agentes externos.
- Soporte de estructuras asociadas.
- Absorción de nutrientes (tracto digestivo).
- Secreción de moco, enzimas y sales.

3.2.1 VALORACIÓN DE LA MUCOSA ORAL

Se inicia con el examen de sus características físicas y la consideración de los cambios evolutivos junto a las prácticas higiénicas que se realizan.

a) Los labios: Se observará el color, considerando como alteraciones la cianosis y la excesiva palidez; la textura; el contorno, y la capacidad de movimiento.

b) Las membranas mucosas: Normalmente son rosas, húmedas y lisas.

c) La lengua: Está húmeda y es rojiza. Ha de observarse si hay presencia de fisuras, ulceraciones, manchas, sequedad, etc.

d) Las encías: Son rosas y configuradas sobre la raíz del diente. Se valoran posibles afecciones: sangrado, inflamación, etc.

3.3 PELO

El pelo es un anejo cutáneo, normalmente es elástico y está distribuido uniformemente. Distinguimos el vello, que es fino sin pigmentar y recubre grandes áreas del cuerpo y el pelo terminal, que es largo grueso y pigmentado.

Su función principal es la protección de varias zonas corporales de residuos, sirve de aislamiento y permite la conducción de estímulos hacia el sistema nervioso. (28)

El tallo es un haz de fibras de queratina cuya parte más externa se llama cutícula, de su integridad depende el brillo y el aspecto sano del cabello. Cargada negativamente, actúa como barrera de cierta porosidad que permite el paso del agua y de otras micromoléculas. Existen unos músculos llamados *músculos pilíferos erectores*, insertados en los folículos. Cuando éstos se contraen, la piel adopta la apariencia de "carne de gallina".

3.3.1 VALORACIÓN DEL PELO

Mediante la inspección y palpación del cuero cabelludo, se valora[43].

- Uniformidad del crecimiento sobre el cuero cabelludo. Algunas enfermedades y tratamientos pueden provocar *alopecia* (calvicie).
- Coloración
- La textura (sedosa o áspera).
- Lubrificación: si es seco o graso.
- La presencia de infecciones o infestaciones: escamas, llagas, liendres o piojos, etc.
- La cantidad de vello corporal: *Hirsutismo* es la presencia anormal de pelo oscuro y grueso en el cuerpo.
- La presencia de dolor o tumoraciones en el cuero cabelludo.

3.4 UÑAS

Las uñas son apéndices epidérmicos, están formadas por células epidérmicas que se han queratinizado. Generalmente crecen de forma regular, aproximadamente 1 mm por semana, y lo hacen desde la raíz del lecho ungueal localizado bajo la cutícula (pliegue ungueal posterior). Este crecimiento se puede parar en los momentos de estrés o grave enfermedad. Si se pierde una uña, tarda de 3 a 5 meses en regenerarse, y las de los pies, de 6 a 8 meses.

Sus funciones son:

- Proteger de lesiones la falange distal, la yema del dedo y los tejidos blandos circundantes.
- Mejorar los movimientos delicados y precisos de los dedos distales mediante la contrapresión ejercida sobre la pulpa del dedo.
- Mejora la sensibilidad de la yema del dedo (aunque la uña en sí no tiene terminaciones nerviosas).

- Sirve como herramienta que permite el llamado "agarre de precisión extendido" y ciertas acciones de corte o raspado[93].

3.4.1 VALORACIÓN DE LAS UÑAS

Debe valorarse el estado de la uña, su forma y grosor, textura, uniformidad, color, longitud y sensibilidad de los tejidos de alrededor. Las uñas son generalmente convexas y lisas formando un ángulo de aproximadamente 160º. De color rosado, al presionar se vuelven blancas, recobrando instantáneamente su color al ceder la presión. Esto es indicativo de la circulación tisular, así como del grado de saturación de oxígeno sistémico. Estas características varían a medida que aumenta la edad, volviéndose quebradizas, duras y engrosándose.

Algunas enfermedades sistémicas y cuadros infecciosos afectan a la velocidad de crecimiento y el grosor de las uñas. Los cambios provocados por una enfermedad o infección no suelen ser visibles hasta pasado cierto tiempo desde el incidente que los causó.

3.5 DIENTES

Los dientes son estructuras anatómicas calcificadas localizadas en la cavidad oral, implantados en alvéolos dentales del maxilar y la mandíbula.

En la infancia hay 20 piezas dentales *temporales* (*dientes de leche*), con una distribución de: ocho incisivos, cuatro caninos o colmillos y ocho molares, todos ellos distribuidos en número a la mitad en cada arcada dentaria.

De manera progresiva se produce un reemplazo dental de la infancia a la adultez, quedando 32 piezas dentales *permanentes* en el adulto, que se distribuyen en: cuatro incisivos, dos caninos, cuatro premolares (sustituyen a los cuatro molares temporales), seis molares permanentes, igualmente repartidos equitativamente en cada arcada dentaria.

Los dientes contribuyen a triturar y masticar los alimentos para su posterior deglución (se inicia la digestión). Cada grupo dental tiene una función: se corta el alimento con los incisivos, se pretritura con los premolares y se tritura con los molares. Además, en el ser humano hay otras funciones (fonética, estética).

3.5.1 VALORACIÓN DE DIENTES

En la *entrevista clínica* se pregunta si tiene problemas con la masticación, deglución o digestión de los alimentos, si usa prótesis dentarias, si ha notado pérdida o movimiento de alguna pieza dental, presencia de sangrado peridental, higiene bucodental, hábito tabáquico, presencia de halitosis (mal olor de aliento), última visita al odontólogo, alimentación, etc[39].

En la exploración física [(36)] se observa el estado de dientes sanos (alineados, lisos y blancos), sus alteraciones (presencia de caries, alteraciones del color, etc.) y ausencia.

4 TERMORREGULACIÓN

4.1 INTRODUCCIÓN

La especie humana requiere una determinada temperatura en la cual la vida se produce y desarrolla, siendo constante al margen de variaciones ambientales. Es por tanto una especie homeoterma con homeostasis (actividad metabólica normal) entre los 36,5° C y 37° C. El hombre mantiene la temperatura corporal dentro de unos límites gracias al sistema termorregulador que

mantiene un equilibrio activo entre los *factores termolíticos*, que tienden a consumir calor y por tanto bajar la temperatura corporal, y unos *factores termogénicos*, de acción inversa.

4.1.1 REGULACIÓN DE LA TERMOGÉNESIS Y DE LA TERMÓLISIS

La termogénesis y la termólisis están reguladas a nivel central por el hipotálamo, que recibe estímulos de la sangre que lo irriga y de los termorreceptores nerviosos cutáneos. Existe un centro termolítico situado en el núcleo preóptico del hipotálamo, cuyo estimulo origina: a) aumento del riego vascular cutáneo, b) hipersecreción sudorípara y c) aumento de la frecuencia respiratoria. El centro termogénico está localizado en el lóbulo anterior de la hipófisis, cuyo estímulo origina un aumento del consumo metabólico, por actuación de la ACTH y TSH que a su vez actúan sobre las glándulas suprarrenales y tiroides.

4.1.2 VALORACIÓN DE LA TEMPERATURA CORPORAL

Antes de realizar la valoración debemos saber que hay dos tipos de temperatura: la temperatura central y la temperatura periférica.

a) *Temperatura central* o *temperatura corporal central*, es la que pertenece a los órganos vitales y estructuras profundas del cuerpo (encéfalo, corazón, grandes vasos, vísceras, músculo profundo, sangre), se mantiene constante dentro de un rango estrecho para que se puedan producir las reacciones enzimáticas esenciales. La elevación significativa de la temperatura central o la depresión durante más de un breve período de tiempo es incompatible con la vida humana. [78]

Medición de la temperatura central[43]:

- Temperatura del *corazón*, mediante un catéter, es un método invasivo, muy fiable, pero se usa en determinadas situaciones (paciente crítico, UCI) como alternativa.
- Temperatura *rectal*, muy utilizada, no es invasiva y es muy exacta (0,5ºC mayor que la oral), se utiliza sobre todo en niños muy pequeños y adultos confusos o inconscientes, se utiliza un termómetro (electrónico digital, existen semirrígidos) a poder ser lubricado, se contraindica en pacientes sometidos a cirugía rectal, recién nacidos, cardiópatas o pacientes con diarrea.
- Temperatura *timpánica* (el suministro de sangre se comparte con la del cerebro), es fácil de medir, pero algo menos precisa que las anteriormente mencionadas, se utiliza un termómetro de infrarrojos (sin contacto), muy recomendable en niños, contraindicado en pacientes con otitis u otalgia.

Además, existen otros métodos (temperatura arteria temporal, arteria pulmonar, temperatura vaginal, tracto digestivo, etc.)

b) *Temperatura periférica* (piel, mucosas, músculos, extremidades, etc.), es variable, se suelen utilizar termómetros digitales (sustitutos del termómetro de mercurio), de infrarrojos (para la toma de temperatura sin contacto, mide la temperatura sobre la frente); electrónico (emplean sondas intercambiables y los hay para uso axilar, bucal o rectal) y de Cristal de Galio (son y funcionan exactamente como los de mercurio, pero su material no es tóxico).

Medición de la temperatura periférica:

- Temperatura *axilar* es la más utilizada por su sencillez y comodidad del paciente, su rango normal va de 35,9ºC a 36,9° C, dependiendo de múltiples factores, su medición es sencilla, el profesional debe mantener el termómetro bajo la axila y presionando el brazo contra el cuerpo, se debe esperar en contacto directo unos 5 minutos, para

obtener el resultado. Las lecturas reflejan la temperatura de la superficie cutánea y por tanto puede ser menos exacto que la oral o rectal.

- Temperatura oral, es 0,5º C mayor que la axilar, siendo los valores habituales 36,5ªC – 37,5ºC; se puede usar en niños mayores y adultos conscientes y orientados, ya que se requiere de su colaboración, la técnica consiste en que se le debe colocar el bulbo bajo la lengua y que cierre la boca, tiene que respirar por la nariz, el paciente debe mantener el termómetro bien fijo en su lugar sujetándolo con los labios. Se debe esperar en la boca unos 3 minutos o hasta que el dispositivo pite. Está contraindicado en pacientes que no colaboren (alteraciones del estado psíquico, niños pequeños, etc.)

También existen otros métodos como el termómetro de "pistola" de infrarrojos que se utiliza en medición de la temperatura de la frente, o termómetros de tira plástica que cambian de color para mostrar la temperatura, aunque son menos precisos.

4.1.3 VARIACIONES FISIOLÓGICAS DE LA TEMPERATURA

Los valores normales de la temperatura corporal se miden en: axila (36,5° C), boca (37° C) y recto (37,5° C). Si bien las variaciones por encima o por debajo de estos valores normales son índice de situación patológica, existen unas modificaciones que, rebasando estos límites, son fisiológicas, ya que son en general pequeñas, de corta duración y con un desencadenante fácil de identificar. Tal es el caso de:

- Variaciones de la temperatura a lo largo del *ciclo menstrual*: Dos semanas antes de la ovulación la temperatura matutina suele ser menor, ascendiendo 0,4-0,6º C con la ovulación y permaneciendo así hasta la menstruación.
- Variaciones *circadianas* (a lo largo del día): relacionadas con las variaciones endocrinas a lo largo del día. Al amanecer (4-5 h) se producen las temperaturas más bajas (36,4° C) y al atardecer (19-20 h) las más altas (37,3-37,4° C).
- Alteraciones térmicas tras un *esfuerzo muscular* intenso o tras la *ingesta* de comidas copiosas.
- Consideraciones asociadas a las etapas del *ciclo vital*: En los lactantes, infantes y ancianos se produce una mayor sensibilidad a la temperatura ambiental. En niños y lactantes el intervalo de temperatura normal es mayor (inmadurez de mecanismos reguladores); en cambio en los ancianos les pasa al revés, tienen una tendencia a tener menos temperatura (temperatura media de 36,2º C, además aunque padezca de una infección, es menos probable que tengan fiebre (atipia sintomática del anciano) y más de padecer hipotermia.

4.1.4 ALTERACIONES DE LA TERMORREGULACIÓN

- *Hipotermia*: Temperatura rectal inferior a 35° C.
- *Febrícula*: Temperatura con valores entre 37° y 38° C, descartando las variaciones fisiológicas.
- *Fiebre*: Es la elevación anormal de la temperatura que supera la variación diaria normal y se produce en combinación con el incremento del punto de ajuste hipotalámico. En clínica se considera fiebre a partir de 38° C.
- *Hipertermia*: Es la elevación de la temperatura por encima del nivel de funcionamiento del centro de la termorregulación debido a la pérdida insuficiente de calor (ejercicio, fármacos que inhiben la producción de sudor o ambiente caluroso) o por elevación de la producción.
- *Hiperpirexia*: Son situaciones febriles extremas, con valores por encima de 41,5° C[86].

4.1.5 FIEBRE

4.1.5.1 ETIOLOGÍA DE LA FIEBRE

- Infección: local; bacteriemia y sepsis; infecciones específicas: tuberculosis, brucelosis, etc.
- Agentes tóxicos y alergénicos (p. ej. medicamentos)
- Proteínas extrañas y productos bacterianos.
- Necrosis tisular: infartos, hematomas extensos.
- Hemopatías y linfopatías: leucemias, linfomas, etc.
- Tumores benignos y malignos.
- Colagenosis.

4.1.5.2 MECANISMO DE PRODUCCIÓN DE LA FIEBRE

1) El primer paso es la activación de los monocitos por efecto de bacterias, virus, hongos, o bien por un antígeno no microbiano (medicamentoso o alérgico).

2) Los monocitos activados liberan un pirógeno endógeno, la interlucina-1. Hay otras citocinas (polipéptidos elaborados por monocitos o macrófagos, linfocitos, células endoteliales, hepatocitos, células epiteliales y fibroblastos) que producen fiebre como son el factor de necrosis tumoral (FNT), interferón y la IL-6, siendo éstos últimos de menor potencia que el IL-1. El hecho de que haya varios pirógenos sugiere que es ventajoso disponer de varias vías para garantizar esta respuesta.

3) La interlucina-1 circulante hace que células endoteliales de la red vascular que riega el hipotálamo liberen prostaglandina E_2 (PGE_2), sustancia que eleva el nivel "fijo" de referencia de la termorregulación, produciéndose en el organismo más calor del que se pierde y aparece la fiebre.

4.1.5.3 FASES DE LA FIEBRE

La fiebre pasa por las siguientes fases: pródromos, escalofrío, bochorno y defervescencia.

1) *Pródromos*: En esta fase hay unas molestias inespecíficas, cefaleas, náuseas, malestar general. Es debido principalmente a la acción de la IL-1 y de FNT. La PGE_2 también es producida a nivel periférico y es responsable de la presencia de mialgias y artralgias.

2) *Escalofrío*: Es la fase en la que la prostaglandina eleva el punto de ajuste de la temperatura en el hipotálamo y activa los mecanismos de termogénesis. Se produce una vasoconstricción cutánea, lo que origina sensación de frío, palidez, acrocianosis y piel seca y fría. Al disminuir la temperatura superficial, los termorreceptores llevan esa información al hipotálamo y se produce un aumento de la actividad muscular con escalofrío y temblor. Este mecanismo es un modo eficaz de conservar calor por disminución de la superficie corporal (acurrucarse) y vasoconstricción. Hay sensación de frío, pero la temperatura interna es alta. Esta fase dura de 1 hora a hora y media.

3) *Bochorno*: Cuando se alcanza la temperatura correspondiente al punto de ajuste hipotalámico se mantiene la temperatura mediante el equilibrio de la termogénesis y la termólisis. Se produce un aumento de la temperatura de la piel y por escalofrío prolongado comienza la sensación de calor y acaba el escalofrío. Hay una vasodilatación cutánea, aumentando la perdida de calor, equilibrando el valor anormalmente alto de producción calorífica.

4) *Defervescencia*: Cuando desciende la concentración de pirógeno, o por la acción de antitérmicos, el punto de ajuste vuelve a su valor basal y se inicia el predominio de la termólisis. Al aumentar la temperatura de la piel comienza el sudor que indica la fase de defervescencia. El final de la fiebre puede ser brusco (crisis) o lento (lisis).

4.1.5.4 SIGNOS Y SÍNTOMAS QUE ACOMPAÑAN A LA FIEBRE

La fiebre es un síndrome en el que aparte de la elevación térmica aparecen otras manifestaciones, unas dependientes de la enfermedad causal y otras en probable relación con la fiebre y/o acción del pirógeno endógeno, o interlucina-1, a distintos niveles en el organismo; se le atribuyen algunos efectos a la PGE:

- *Cardiovascular*: taquicardia, hipotensión
- *Respiratorio*: taquipnea.
- *Digestivo*: anorexia, sed.
- *Nervioso*: cefaleas, insomnio, sueño intranquilo, excitabilidad, convulsiones (por disfunción de la corteza cerebral), delirio febril.
- *Metabólico*: metabolismo basal aumentado, proteólisis, combustión de grasas e hidratos de carbono y por tanto adelgazamiento.

4.1.5.5 COMPLICACIONES DE LA FIEBRE

Hiperpirexia. A partir de 40° C suele aparecer *delirio* (estado confusional agudo de comienzo brusco, caracterizado por alteración del nivel de conciencia) y estupor y con 42° C inconsciencia. Una temperatura de 43° C mantenida varias horas es mortal, ya que se produce una desnaturalización de las proteínas. Las complicaciones de la hiperpirexia serian: neurológicas (delirio, estupor, coma), coagulopatía de consumo, deshidratación, vómitos.

Convulsiones febriles. En ancianos y niños aparecen convulsiones a partir de 38° C. En adultos a partir de 41,7° C. En adultos epilépticos la fiebre puede desencadenar convulsiones.

Teratogenicidad. (*teratos* (gr.): monstruo, prodigio) Una elevación de 1,5 a 3° C puede producir malformaciones entre la 3ª y 14ª semana de embarazo del tipo: anencefalia, anomalías esqueléticas, retraso del crecimiento. Un solo episodio de fiebre de más de 37,8° C en el primer trimestre del embarazo duplica el riesgo de que el feto presente defectos en el tubo neural.

4.1.6 HIPERTERMIA

Es una elevación térmica de la temperatura central sin aumento del nivel de funcionamiento del termostato hipotalámico. Se debe a la incapacidad del organismo para perder el suficiente calor que se hace preciso. El fracaso o superación del mecanismo de la termorregulación caracteriza a la hipertermia diferenciándola de la fiebre que se debe a la acción del pirógeno endógeno (P.E.) sobre el centro termorregulador, permaneciendo íntegros los mecanismos de termorregulación.

Las causas de la hipertermia son:

1) Enfermedades del SNC que afectan al hipotálamo

2) Aumento de la producción de calor:

- Hipertiroidismo, feocromocitoma, delirium tremens.
- Fármacos: anfetaminas, dietilamida del ácido lisérgico (LSD), cocaína, antidepresivos tricíclicos, hipertermia maligna posanestésica.

3) Disminución de la pérdida de calor:

- Enfermedades de la piel que dificultan la vasodilatación y la sudoración (ictiosis), otras que cursan con la ausencia de glándulas sudoríparas, drogas que disminuyen la sudoración (anticolinérgicos, antihistamínicos), vendajes oclusivos, deshidratación.

4) Mecanismo mixto:

- Golpe de calor, síndrome neuroléptico maligno.

En el *golpe de calor* pueden distinguirse dos formas: a) *por ejercicio físico,* típico de personas jóvenes que practican deporte en condiciones de temperatura y humedad ambientales superior a lo normal. Incluso en personas normales por deshidratación o consumo de antihistamínicos, por sus efectos secundarios anticolinérgicos. b) *sin ejercicio (clásico)* es típico en ancianos, sobre todo durante olas de calor, también en encamados o que habitan lugares mal ventilados, e igualmente en pacientes en tratamiento con anticolinérgicos, antiparkinsonianos o diuréticos.

La hipertermia presenta una elevada temperatura central acompañada de piel seca, alucinaciones, delirio, midriasis y rigidez muscular. En el golpe de calor o en la ingesta de fármacos que inhiben la sudoración la piel no está caliente sino fría. Las variaciones circadianas se mantienen en la fiebre, pero no en la hipertermia. El tratamiento requiere medios físicos, ya que los antitérmicos, que actúan inhibiendo la síntesis de prostaglandinas, son ineficaces.

4.1.7 HIPOTERMIA

Es la temperatura central del organismo inferior a 35° C. Se divide en ligera (35° a 32° C), moderada (32° a 28° C) o intensa (< 28° C). La causa más habitual es la exposición a bajas temperaturas. La temperatura corporal no desciende nunca por debajo de la temperatura ambiente. Los factores de riesgo principales son la edad extrema -sobre todo ancianos ya que la pérdida de la elasticidad vascular dificulta los mecanismos de vasoconstricción termogénicos, la falta de vivienda, consumo de alcohol, malnutrición, pobreza, enfermedades mentales, neurolépticos e hipotiroidismo. La inmersión en agua produce hipotermia con más rapidez porque la conductividad térmica del agua es 20 a 30 veces superior a la del aire. En personas sanas la exposición al frío no suele requerir atención médica. La hipotermia intensa aparece en personas con una enfermedad subyacente que causa pérdida de calor o producción insuficiente.

Con la hipotermia se produce taquicardia, aumento del gasto cardíaco, vasoconstricción periférica consecutiva al estímulo simpático. La vasoconstricción periférica desvía la sangre hacia la circulación central aumentando el volumen en los órganos internos, lo que provoca un efecto diurético (*diuresis del frío*). Los mecanismos termogénicos son eficaces con temperaturas alrededor de los 34° C, produciéndose aumento del tono muscular y tiritona y éstas aumentan el metabolismo basal. Por debajo de 32°C retrasa la conducción cardiaca y se produce fibrilación auricular. Cuando la temperatura desciende por debajo de 30° C los procesos metabólicos se vuelven más lentos y las tiritonas cesan. Por debajo de 28° C aparece fibrilación ventricular a esta temperatura la hemoglobina retiene el 75% del oxígeno y hay riesgo de coma irreversible por isquemia cerebral y miocárdica.

XII - PROBLEMAS DEL PATRÓN 2: NUTRICIONAL - METABÓLICO

Ramón del Gallego Lastra, Jesús Sancho Centeno

1 DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LA NUTRICIÓN

1.1 DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INFERIOR A LAS NECESIDADES CORPORALES

El diagnóstico enfermero Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales [00002] se define como *consumo de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.*

Factores relacionados	Características definitorias
• Alteración de la percepción del gusto • Síntomas depresivos • Dificultad en la deglución • Debilidad de los músculos necesarios para la masticación • Debilidad de los músculos necesarios para la deglución • Cavidad bucal lesionada • Cavidad bucal irritada • Aversión hacia los alimentos • Información incorrecta • Aporte nutricional inadecuado • Interés inadecuado en los alimentos • Conocimiento inadecuado de los requisitos nutricionales • Percepción errónea sobre la habilidad para ingerir alimentos • Saciedad inmediata con la ingesta de alimentos.	• Cólicos abdominales[cc] • Dolor abdominal • Peso corporal por debajo del rango ideal de peso según edad y sexo • Fragilidad capilar • Caída excesiva del cabello • Estreñimiento • Diarrea • Retraso en la curación de las heridas • Ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas • Ruidos intestinales hiperactivos • Hipoglucemia • Letargia • Hipotonía muscular • Palidez de mucosas • Pérdida de peso con consumo adecuado de nutrientes.
Población de riesgo	**Condiciones asociadas**
• Atletas de competición • Personas desplazadas • Personas en desventaja económica • Personas con bajo nivel educativo • Lactantes prematuros.	• Trastornos corporales dismórficos • Enfermedades del sistema digestivo • Inmunosupresión • Kwashiorkor[dd] • Síndromes de malabsorción • Trastornos mentales • Neoplasias • Trastorno neurocognitivo • Trastornos parasitológicos.

El plan de cuidados se inicia con la elección de indicadores preferentemente entre los criterios de resultados que miden la resolución del diagnóstico, tales como **Estado nutricional** [1004]: que se define como *grado en que los nutrientes son ingeridos y absorbidos para satisfacer las necesidades metabólicas*, o **Estado nutricional: ingestión de nutrientes** [1009]: *ingestión de nutrientes para satisfacer las necesidades metabólicas*. En este momento se fija el conjunto de datos mínimo que se deben registrar diariamente con el fin de hacer el seguimiento de los

cc Los dolores de tipo cólico son producidos por el espasmo de las fibras musculares lisas de vísceras huecas. El cólico abdominal es un dolor abdominal agudo originado en el intestino, con comienzo brusco y periodos de remisión más o menos completa.

dd Forma de desnutrición que se produce cuando hay insuficiencia de proteínas en la dieta. Se suele producir en niños que ingieren casi exclusivamente glúcidos.

indicadores establecidos para evaluar la evolución del paciente. Uno de estos datos será el peso del paciente.

Para alcanzar los objetivos fijados con esos criterios de resultados podemos diseñar un plan de cuidados básico y general mediante actividades extraídas de las intervenciones **Ayuda para ganar peso** [1240]: *facilitar el aumento de peso corporal*, **Manejo de la nutrición** [1100]: *proporcionar y fomentar una ingesta equilibrada de nutrientes* y **Manejo de los trastornos de la alimentación** [1030]: *prevención y tratamiento de restricciones severas en la dieta, el ejercicio excesivo y la purga de alimentos y líquidos*:

Los cuidados se centrarán en instruir al paciente sobre las necesidades nutricionales y para ello se establecerá, junto con el paciente, unas directrices que tomarán en consideración los gustos y preferencias alimentarias del paciente, teniendo en cuenta su cultura y religión.

También se informará al paciente sobre los requisitos dietéticos en función a su situación clínica.

Para favorecer el aumento de la ingesta calórica se ofertará al paciente alimentos nutritivos de alto contenido calórico y proteico variados para poder seleccionar algunos de su preferencia. Se han de servir comidas de forma agradable, atractiva y con la temperatura adecuada, disponiendo de periodos de descanso y se vigilará la ingesta del paciente. En determinadas circunstancias se planificarán recompensas para celebrar el logro de objetivos a corto y largo plazo.

Es importante tras la ingesta, realizar o ayudar al paciente con los cuidados orales.

1.2 SOBREPESO Y OBESIDAD

La NANDA-I dispone de dos categorías para describir los excesos de grasa corporal y que trataremos conjuntamente. Son el **Sobrepeso** [00233]: que se define como *problema en el cual un individuo acumula un nivel de grasa anormal o excesivo para su edad y sexo,* y la **Obesidad** [00232]: *problema en el cual un individuo acumula un nivel excesivo de grasa para su edad y sexo, que excede los niveles de sobrepeso.* Ambos problemas comparten factores relacionados y se diferencian en la característica definitoria, que para el Sobrepeso es un Índice de masa corporal (IMC) > 25Kg/m^2 y para la obesidad es > 30Kg/m^2.

Factores relacionados	**Características definitorias**
• Patrones anormales de la conducta alimentaria • Patrones anormales de percepción alimentaria • Actividad física diaria media inferior a la recomendada según el sexo y la edad • Gasto energético inferior al consumo energético basad en una valoración estándar • Comportamiento sedentario durante ≥ 2 horas al día • Consumo de bebidas azucaradas • Consumo excesivo de alcohol • Temor a quedarse sin comida • Picoteo frecuente • Comer frecuentemente en restaurantes o comer alimentos fritos habitualmente • Tamaño de las porciones mayor del recomendado • Disminución de las horas de sueño diarias • Disomnias.	• Sobrepeso: IMC > 25Kg/m^2 • Obesidad: IMC > 30Kg/m^2
Población de riesgo	**Condiciones asociadas**
• Personas en desventaja económica • Personas que experimentan pubertad prematura • Personas que experimentan un incremento de peso rápido durante la infancia • Personas que experimentan un incremento de peso rápido durante la lactancia • Personas que heredan factores relacionados	• Enfermedades genéticas congénitas.

• Personas que no fueron alimentadas exclusivamente con leche materna • Personas que sufrieron sobrepeso durante la infancia • Personas cuyas madres sufrían diabetes gestacional • Personas cuyas madres padecen diabetes • Personas cuyas madres fumaban durante la infancia • Personas cuyas madres fumaban durante el embarazo • Personas con puntuación elevada en las conductas alimentarias de atracones y restricción • Personas cuyos progenitores son obesos • Neonatos cuyas madres sufrían diabetes gestacional.	

Puesto que son problemas similares cuya única diferencia radica en el peso corporal de la persona, los resultados y las intervenciones son las misma y habrá que adaptarlos al peso del paciente. Los criterios de resultados comunes, de los que podemos obtener indicadores válidos para medir la evolución y posible resolución de los diagnósticos son **Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos** [1008] definido como *cantidad de ingesta de líquidos y sólidos durante un período de 24 horas*, y **Estado nutricional: ingestión de nutrientes** [1009] que es la *ingestión de nutrientes para satisfacer las necesidades metabólicas*.

Tanto el establecimiento de objetivos como la planificación de los cuidados deben acordarse con el paciente, para identificar los hábitos del paciente y las conductas alimentarias que desea cambiar estableciendo metas realistas. Las intervenciones principales de las que se seleccionarán las actividades del plan de cuidados son **Asesoramiento nutricional** [5246]: *utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta*, y **Manejo del peso** [1260]: *facilitar el mantenimiento del peso corporal óptimo y el porcentaje de grasa corporal*:

En los diagnósticos relacionados con la nutrición los planes de cuidados tienen que estar muy asentados sobre la educación sanitaria, para lo que es de gran importancia conocer el significado de la comida para el paciente y su percepción de la dieta recomendada y sus gustos y aversiones alimentarias, y las actitudes y creencias de los allegados acerca de la comida, el comer y el cambio nutricional necesario del paciente. Con ese conocimiento podremos planificar mejor las acciones educativas empezando por informar sobre la necesidad de modificación de la dieta para mejorar la salud. Además, se ha de recordar al paciente la relación entre el peso corporal y la ingesta, el plan educativo atenderá a varios aspectos tales como el ejercicio, los hábitos, las costumbres, los factores hereditarios y las condiciones clínicas.

Partiendo de los conocimientos del paciente de los cuatro grupos alimentarios básicos, así como la percepción de la modificación necesaria de la dieta se podrá ayudar en el desarrollo de planes de comidas bien equilibradas coherentes con el nivel de gasto energético, así como la ingesta adecuada de agua.

Ayudar al paciente a registrar diariamente la ingesta y el ejercicio que realiza; a expresar sentimientos e inquietudes acerca de la consecución de las metas.

Se planificarán recompensas con el paciente para celebrar el logro de objetivos a corto y largo plazo, entre las que se cuenta con el refuerzo positivo que valora los esfuerzos realizados para conseguir los objetivos.

En los problemas nutricionales aquí tratados puede ser necesario consultar o derivar a otros miembros del equipo asistencial.

2 DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LA DEGLUCIÓN-INGESTA

2.1 DETERIORO DE LA DEGLUCIÓN

La NANDA define Deterioro de la deglución [00103] como el *funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución asociado con déficit de la estructura o función oral, faríngea o esofágica*.

Es un diagnóstico relacionado con falta de fuerza y conductas que dificultan la deglución y que se manifiesta por disfagia y otros signos que indican que el bolo alimenticio no progresa hacia el estómago.

Factores relacionados	Características definitorias
• Alteraciones de la atención • Conducta autolesiva • Malnutrición con relación a las proteínas y la energía • Problemas de comportamiento en la alimentación.	*Deterioro de la fase oral*: falta de la acción de la lengua para formar el bolo; expulsión de la comida fuera de la boca; enlentecimiento en la formación del bolo; reflujo nasal; incapacidad para vaciar la cavidad oral; tos, atragantamiento, náuseas antes de la deglución; deglución por etapas, falta de masticación; estancamiento en los surcos laterales; sialorrea. *Deterioro de la fase faríngea*: alteración de las posiciones de la cabeza; retraso en la deglución; voz gorjeante; reflujo nasal; atragantamiento, tos, náuseas;*Deterioro de la fase esofágica*: ardor de estómago o dolor epigástrico; aliento con olor ácido; irritabilidad inexplicada a las horas de las comidas; presencia de vómitos en la almohada; tos nocturna o al despertarse; observación de evidencias de dificultad en la deglución (p. ej. estasis de los alimentos en la cavidad oral, tos / atragantamiento); quejas de tener "algo atascado"; hematemesis; vómitos.
Población de riesgo	**Condiciones asociadas**
• Personas con antecedentes de nutrición enteral • Adultos mayores • Lactantes prematuros.	• Defectos anatómicos adquiridos • Lesiones cerebrales • Parálisis cerebral • Problemas con hipotonía importante • Enfermedad cardíaca congénita • Compromiso del par craneal • Discapacidades del desarrollo • Acalasia esofágica • Reflujo gastroesofágico • Enfermedades de la laringe • Obstrucción mecánica • Defectos nasales • Defectos de la cavidad nasofaríngea • Problemas neurológicos • Enfermedades neuromusculares • Anomalía de la cavidad orofaríngea • Preparaciones farmacológicas • Intubación prolongada • Trastornos respiratorios • Defecto traqueal • Traumatismo • Anomalía de la vía aérea superior • Disfunción de las cuerdas vocales.

Describe situaciones que derivan en riesgos para la vía respiratoria como consecuencia de productos (alimentos, secreciones, etc.) que al no progresar por el esófago se pueden ir hacia la tráquea. Por ello, autores como Luis Rodrigo[94] recomiendan identificar esta situación con el uso del diagnóstico Riesgo de aspiración, que se centra más específicamente en las graves consecuencias de un Deterioro de la deglución y no tanto en el mecanismo que provoca el riesgo. Para reforzar este argumento se puede observar la recomendación del propio grupo NNN que plantea como intervención principal de los dos diagnósticos las Precauciones para evitar la aspiración. Esta intervención se analizará en el diagnóstico de Riesgo de aspiración.

En el caso del Deterioro de la deglución los resultados que nos sirven de guía para resolver el problema están relacionados con el estado de deglución general y en sus diferentes fases, siendo

el principal el **Estado de deglución** [1010]: *tránsito seguro de líquidos y/o sólidos desde la boca hacia el estómago.*

2.2 RIESGO DE ASPIRACIÓN

Riesgo de aspiración [00039]: *susceptibilidad a la penetración de secreciones gastrointestinales, orofaríngeas, sólidos o líquidos en el árbol traqueobronquial, que puede comprometer la salud*.

Factores de riesgo
• Barrera para la elevación de la parte superior del cuerpo • Disminución de la motilidad gastrointestinal • Dificultad en la deglución • Desplazamiento de la sonda de nutrición enteral • Conocimiento insuficiente de los factores modificables • Aumento del residuo gástrico • Limpieza ineficaz de vías aéreas.
Población de riesgo
• Adultos mayores • Lactantes prematuros.
Condiciones asociadas
• Enfermedad pulmonar obstructiva crónica • Afección grave • Disminución del nivel de consciencia • Retraso en el vaciado gástrico • Disminución del reflejo nauseoso • Nutrición enteral • Cirugía facial • Traumatismo facial • Neoplasias de cabeza y cuello • Incompetencia del esfínter esofágico inferior • Aumento de la presión intragástrica • Técnicas de fijación de la mandíbula • Dispositivos médicos • Cirugía del cuello • Traumatismo del cuello • Enfermedades neurológicas • Procedimiento quirúrgico oral • Traumatismo oral • Preparaciones farmacológicas • Neumonía • Accidente cerebrovascular • Régimen terapéutico.

Como se puede observar, entre los factores de riesgo se encuentra el propio Deterioro de la deglución. Este diagnóstico identifica el estado del paciente en el que sus problemas de salud aumentan la vulnerabilidad de sus vías aéreas de ser obstruidas con secreciones y productos que proceden fundamentalmente de la boca o del esófago.

Las NOC que permiten valorar y medir la incidencia del diagnóstico están relacionadas con el estado respiratorio siendo la más general **Estado respiratorio** [0415]: *movimiento del aire hacia dentro y fuera de los pulmones e intercambio alveolar de dióxido de carbono y oxígeno*. Los indicadores que proporciona esta NOC permiten focalizar la atención en el seguimiento del estado de las vías aéreas y el intercambio gaseoso.

La intervención que permite seleccionar las actividades para organizar un plan de cuidados adecuado para resolver los problemas de Deterioro de la deglución y Riesgo de aspiración es la NIC **Precaución para evitar la aspiración** [3200]: *prevención o disminución al mínimo de los factores de riesgo en el paciente con riesgo de aspiración*.

El plan de cuidados se inicia con una valoración completa que atienda al nivel de consciencia del paciente y explore la efectividad de los reflejos tusígeno y nauseoso y de la deglución, en busca de signos de disfagia.

En estos pacientes hay que extremar la valoración de la función respiratoria y mantener las vías aéreas abiertas. El hecho de haber sido diagnosticado de riesgo de aspiración exige que cualquier actividad relacionada con la ingesta debe de implicar tener disponible un sistema de aspiración.

Para proporcionar una ingesta segura es fundamental la colocación correcta del paciente:

- sentado en una silla o al borde de la cama con el respaldo a 60º-90º,
- colocándole en esa posición 10-15 min. antes de comer y mantenerle así 30-45 min después de la ingesta,
- flexionando la cabeza hacia delante, sobre la línea media, unos 45º para mantener abierto el esófago.

En esas condiciones, se le proporcionarán al paciente los alimentos en pequeñas cantidades y siempre vigilando que mantiene la atención sobre la ingesta, para lo que es importante evitar posibles distracciones.

2.3 NÁUSEAS

Náuseas [00134] es el *fenómeno subjetivo desagradable en la parte posterior de la garganta y el estómago que puede o no dar lugar a vómitos*.

Factores relacionados	**Características definitorias**
• Ansiedad • Temor • Exposición a toxinas • Sabores nocivos • Estímulos sensoriales desagradables.	• Aversión hacia los alimentos • Sensación de náuseas • Aumento de la salivación • Aumento de la deglución • Sabor amargo.
Población de riesgo	**Condiciones asociadas**
• Mujeres embarazadas.	• Neoplasia abdominal • Alteración de los fenómenos bioquímicos • Enfermedad esofágica • Distensión gástrica • Irritación gastrointestinal • Hipertensión intracraneal • Laberintitis • Tensión en la cápsula hepática • Tumor localizado • Enfermedad de Ménière[ee] • Meningitis • Mareo por el movimiento • Enfermedades pancreáticas • Preparaciones farmacológicas • Trastorno psicológico • Tensión de la cápsula esplénica • Régimen terapéutico.

Los NOC de los que se pueden obtener indicadores adecuados para el seguimiento de este problema son **Apetito** [1014]: *deseos de comer*, **Control de náuseas y vómitos** [1618]: *acciones personales para controlar síntomas de náuseas, esfuerzos para vomitar y vómitos*, **Náuseas y vómitos: efectos nocivos** [2106]: *gravedad de los efectos observados y comunicados de náusea crónica, arcadas y vómitos que perjudican el funcionamiento diario* y **Severidad de las**

ee Enfermedad del oído interno que afecta al equilibrio y a la audición y se caracteriza por vértigos.

náuseas y los vómitos [2107]: *gravedad de los signos y síntomas de náuseas, arcadas y vómitos*.

La intervención principal que nos permiten resolver el problema de manera adecuada es **Manejo de las náuseas** [1450]: *prevención y alivio de las náuseas*.

Los cuidados se inician con una valoración completa de las náuseas y sus causas, para a continuación centrarse en primer lugar en el control de factores ambientales que puedan evocar náuseas, como por ejemplo malos olores, sonidos y estimulación visual desagradable.

También es importante, si la causa lo justifica, abordar la reducción o eliminación de factores personales que desencadenan o aumentan las náuseas (ansiedad, miedo, fatiga y desconocimiento). Para ello pueden ser útiles estrategias no farmacológicas como la relajación, imaginación simple dirigida, musicoterapia, distracción, etc., y que abordamos más en profundidad en el cuidado del dolor (capítulo XX).

Los cuidados relacionados con la ingesta de alimentos deben iniciarse con la búsqueda de comidas que resulten atractivas al paciente, siempre controlando el contenido nutricional y las calorías en el registro de entradas y que las ingiera en pequeñas cantidades y utilizar una higiene bucal frecuente para fomentar la comodidad, a menos que eso estimule las náuseas.

Por último, asegurarse de la administración de antieméticos, siempre que esté indicado.

En caso de que se produzcan vómitos se proporcionará apoyo físico y alivio durante el vómito (por ejemplo, ayudar a inclinarse o sujetar la cabeza, poner toallas frías en la frente, lavar la cara o proporcionar ropa limpia y seca, etc.).

Una vez se haya calmado la emesis, aseguraremos la higiene oral para limpiar la boca y nariz. Se esperará, al menos, 30 minutos después del vómito antes de dar líquidos al paciente. Si durante ese periodo no se repiten, se puede empezar por líquidos transparentes y no carbonatados, y posteriormente se aumentará gradualmente la ingesta de estos.

3 DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LA PIEL-MUCOSAS

3.1 RIESGO DE LESIÓN POR PRESIÓN EN EL ADULTO

Riesgo de lesión por presión en el adulto [00304] define a un *adulto susceptible de daño localizado en epidermis o dermis, como resultado de presión o presión combinada con rozamiento, que puede comprometer la salud (European Pressure Ulcer Advisory Panel, 2019)*.

Factores de riesgo
Factores externos • Presión sobre prominencia ósea • Fuerzas de cizallamiento • Fricción en la superficie • Carga mecánica sostenida • Aumento de la magnitud de la carga mecánica • Humedad excesiva • Uso de ropa de cama con insuficiente capacidad de absorción de la humedad • Alteración del microclima entre la piel y la superficie de soporte • Acceso inadecuado a equipamiento apropiado • Acceso inadecuado a servicios de salud apropiados • Disponibilidad inadecuada de equipamiento para personas obesas • Conocimiento inadecuado del cuidador/a sobre las estrategias de prevención de las lesiones por presión. **Factores internos** • Disminución de la actividad/movilidad física

- Deshidratación
- Sequedad de piel
- Hipertermia
- Adherencia inadecuada al régimen de tratamiento de la incontinencia
- Adherencia inadecuada al plan de prevención de las lesiones por presión
- Conocimiento inadecuado de las estrategias de prevención de las lesiones por presión
- Malnutrición en relación a las proteínas y la energía
- Tabaquismo
- Uso inadecuado de sustancias

Otros factores

- Factores identificados mediante una escala de valoración estandarizada y validada.

Población de riesgo

- Personas en residencias geriátricas
- Personas en unidades de cuidados intensivos
- Personas en residencias de cuidados paliativos
- Personas en residencias de rehabilitación
- Personas en tránsito o entre residencias de cuidados
- Personas que reciben cuidados domiciliarios
- Puntuación ≥ 3 según la clasificación del estado físico de la American Society of Anesthesiologists (ASA)
- Personas con índice de masa corporal por encima del rango normal según la edad y el sexo
- Personas con índice de masa corporal por debajo del rango normal según la edad y el sexo
- Personas con antecedentes de lesión por presión
- Personas con discapacidad física
- Adultos mayores.

Condiciones asociadas

- Anemia
- Enfermedad cardiovascular
- Enfermedades del sistema nervioso central
- Problemas neurológicos crónicos
- Afección grave
- Disminución del nivel de albúmina sérica
- Disminución de la oxigenación tisular
- Disminución de la perfusión tisular
- Diabetes mellitus
- Edema
- Elevación de la proteína C–reactiva
- Inestabilidad hemodinámica
- Fractura de cadera
- Inmovilización
- Deterioro de la circulación
- Discapacidad intelectual
- Dispositivos médicos
- Neuropatía periférica
- Preparaciones farmacológicas
- Traumatismo físico
- Duración prolongada del procedimiento quirúrgico
- Trastornos de sensibilidad
- Lesiones de médula espinal.

La NOC elegida para la vigilancia de la evolución del problema es **Control del riesgo: herida por presión (úlcera por presión)** [1942]: *acciones personales para comprender, evitar, eliminar o reducir la amenaza de desarrollar un daño tisular provocado por la presión*. Aunque este resultado está enfocado a acciones del paciente, pueden ser utilizadas esas acciones como indicadores para la enfermera o su cuidador informal.

La NIC que se utilizará preferentemente es **Prevención de úlceras por presión** [3540]: *prevención de la formación de úlceras por presión en un individuo con alto riesgo de desarrollarlas*.

Al diagnóstico de este riesgo se suele llegar cuando en las escalas de valoración del riesgo (Braden o Norton, ya estudiadas en el capítulo anterior) ha obtenido una alta puntuación, lo que

significa que presenta varios factores de riesgo activos. Por eso es fundamental iniciar la actuación vigilando las zonas de riesgo periódicamente observando el color de la piel, la temperatura, la humedad, la turgencia, la presencia de edema y el aspecto de la piel circundante. Es importante estar alerta para identificar los primeros signos de solución de continuidad de la piel o de infección en la herida.

Lo esencial en el plan de prevención es atender todo lo relativo al factor desencadenante evitando la presión continua sobre las zonas de riesgo. Para ello se ha de asegurar el cambio postural cada 1-2 horas e incluso utilizar medios complementarios para reducir la presión directa sobre prominencias óseas, como son las *Superficies Especiales para el Manejo de la Presión* (SEMP)[95]

Según su sistema de funcionamiento existen dos grandes tipos de SEMP: las superficies estáticas (aumentan la superficie y redistribuyen el peso) y dinámicas (sistemas, tales como colchones, compuestos por varios circuitos que alternan el llenado y vaciado con un gas que inyecta un motor externo. De esta forma, el paciente no apoya de forma continua sobre la superficie del colchón y así se puede recuperar la irrigación sanguínea de los tejidos). Estos colchones de presión alterna son los mecanismos más eficaces para la prevención de las úlceras por presión.

Se debe evitar el uso de flotadores, especialmente en la zona sacra, ya que en personas muy susceptibles se evita la presión en la zona sacra, pero se provocan puntos de presión en la región periférica donde apoya el flotador.

El cuidado de la piel es otro elemento básico. Para ello se realizará una higiene adecuada que mantenga la piel limpia, seca y bien hidratada, eliminando la humedad excesiva causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal o urinaria. En pacientes incontinentes se podrán aplicar barreras de protección, como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad. La ropa de la cama estará seca y estirada, ya que las arrugas son un punto de presión añadido en pacientes especialmente susceptibles. Se tendrá la precaución de realizar cambios posturales evitando la fricción, lo que favorece el mecanismo de cizallamiento y lesiona las capas superficiales de la piel. El cuidado de la piel requiere favorecer la circulación sanguínea y la hidratación en zonas de piel intacta, si bien está contraindicado el masaje directo sobre las zonas de riesgo, ya que favorece la vasodilatación cutánea potenciando el efecto inflamatorio de la isquemia.

La prevención de la UPP debe atender igualmente otros factores generales desencadenantes del problema, como la nutrición, importantísima para proporcionar a los tejidos elementos que favorezcan la regeneración tisular; por lo que en pacientes en los que se valore este aspecto como un factor de riesgo se debe incluir en la dieta proteínas, vitaminas B y C, hierro y calorías. Otro factor esencial es la movilidad para lo que está indicado favorecer la deambulación y el ejercicio. Por último, se deben extremar las medidas de asepsia o esterilidad cuando empiecen a aparecer zonas de solución de continuidad de piel o mucosas.

3.2 LESIÓN POR PRESIÓN EN EL ADULTO

Lesión por presión en el adulto [00312] es el *daño localizado en epidermis o dermis de un adulto, como resultado de presión o presión combinada con rozamiento (European Pressure Ulcer Advisory Panel, 2019)*. Este diagnóstico se incluye por primera vez en la clasificación NANDA-I en 2020 y designa las úlceras por presión, que suponen uno de los problemas de salud más representativos de las responsabilidades de los profesionales de enfermería hasta el punto de ser consideradas como un indicador de calidad asistencial por la OMS y otros organismos tanto nacionales como internacionales. Este problema, tradicionalmente ha sido diagnosticado como

Deterioro de la integridad cutánea o tisular, diagnósticos de los más prevalentes en la asistencia hospitalaria en España.

Factores relacionados	Características definitorias
Factores externos • Presión sobre prominencia ósea • Fuerzas de cizallamiento • Fricción en la superficie • Carga mecánica sostenida • Aumento de la magnitud de la carga mecánica • Humedad excesiva • Uso de ropa de cama con insuficiente capacidad de absorción de la humedad • Alteración del microclima entre la piel y la superficie de soporte • Acceso inadecuado a equipamiento apropiado • Acceso inadecuado a servicios de salud apropiados • Disponibilidad inadecuada de equipamiento para personas obesas • Conocimiento inadecuado del cuidador/a sobre las estrategias de prevención de las lesiones por presión. **Factores internos** • Disminución de la actividad/movilidad física • Deshidratación • Sequedad de piel • Hipertermia • Adherencia inadecuada al régimen de tratamiento de la incontinencia • Adherencia inadecuada al plan de prevención de las lesiones por presión • Conocimiento inadecuado de las estrategias de prevención de las lesiones por presión • Malnutrición en relación a las proteínas y la energía • Tabaquismo • Uso inadecuado de sustancias **Otros factores** • Factores identificados mediante una escala de valoración estandarizada y validada.	• Ampollas o vesículas • Calor local con relación al tejido circundante • Dolor en los puntos de presión • Eritema • Área violácea localizada en piel intacta incolora • Pérdida parcial del espesor de la dermis • Pérdida del espesor total del tejido • Pérdida del espesor total del tejido con exposición del músculo • Pérdida del espesor total del tejido con exposición del tendón • Pérdida del espesor total del tejido con exposición ósea • Úlcera cubierta por escara • Úlcera cubierta por esfacelo[ff]
Población de riesgo	**Condiciones asociadas**
• Personas en residencias geriátricas • Personas en unidades de cuidados intensivos • Personas en residencias de cuidados paliativos • Personas en residencias de rehabilitación • Personas en tránsito o entre residencias de cuidados • Personas que reciben cuidados domiciliarios • Puntuación ≥ 3 según la clasificación del estado físico de la American Society of Anesthesiologists (ASA) • Personas con índice de masa corporal por encima del rango normal según la edad y el sexo • Personas con índice de masa corporal por debajo del rango normal según la edad y el sexo • Personas con antecedentes de lesión por presión • Personas con discapacidad física • Adultos mayores.	• Anemia • Enfermedad cardiovascular • Enfermedades del sistema nervioso central • Problemas neurológicos crónicos • Afección grave • Disminución del nivel de albúmina sérica • Disminución de la oxigenación tisular • Disminución de la perfusión tisular • Diabetes mellitus • Edema • Elevación de la proteína C–reactiva • Inestabilidad hemodinámica • Fractura de cadera • Inmovilización • Deterioro de la circulación • Discapacidad intelectual • Dispositivos médicos • Neuropatía periférica • Preparaciones farmacológicas • Traumatismo físico • Duración prolongada del procedimiento quirúrgico • Trastornos de sensibilidad • Lesiones de médula espinal.

ff Esfacelo: restos de tejido necrótico que se separa de los tejidos sanos.

En el momento de la edición de esta obra NNN no ha elaborado los vínculos para este diagnóstico, por tanto, hemos tomado como referencia el Deterioro de la integridad cutánea o tisular donde el resultado que mide la resolución del diagnóstico es la **Integridad tisular: piel y membrana mucosa** [1101]: *indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas*.

El plan de cuidados puede basarse en la intervención **Cuidados de úlceras por presión** [3520]: *facilitar la curación de úlceras por presión*.

En un paciente que tiene una UPP suelen estar activos los factores de riesgo que la han provocado, salvo en estados de remisión del problema; por tanto, el plan de cuidados debe incluir todas las medidas preventivas que se han descrito en el diagnóstico de riesgo. Además, se incluirán los cuidados en función del estadio de la úlcera y su situación clínica.

Antes de tratar las UPP, se recomienda una adecuada higiene de manos para evitar la infección nosocomial.

En cuanto a los cuidados de las UPP, es fundamental la limpieza tanto de la úlcera como de la piel perilesional/cicatricial. Para ello es recomendable utilizar jabón con pH neutro y agua tibia o solución salina al 0,9%, posteriormente se realizará un aclarado para retirar restos de jabón. Está desaconsejado el uso de antisépticos de manera sistemática (potencial daño tisular)[96].

La técnica de limpieza puede ser por irrigación, pero con una presión controlada (se consigue al utilizar jeringas con un volumen de líquido de 30 a 35 ml, con agujas de 18 a 20 G.) Además, se recomienda en el arrastre que se realice con movimientos circulares desde el centro hacia fuera, para evitar contaminación en el lecho de la herida.

Desbridar la úlcera, si fuese necesario (presencia de tejido desvitalizado, tejidos necróticos, esfacelos, etc.) es importante ya que va a favorecer la cicatrización de la misma. Existen diversas técnicas de desbridamiento: quirúrgico o cortante, enzimático, autolítico, biológico, entre otras.

Para el tratamiento de la UPP se elegirá la cura húmeda por su mayor evidencia (fase inflamatoria menos intensa y mayor rapidez en la proliferación de los queratinocitos), valorando el estado de la misma y su exudado, para aplicar el apósito en lecho ulceral más adecuado (hidrocoloide, espuma de poliuretano, alginato, etc.)

En cuanto a la piel perilesional, es necesario protegerla tanto de agentes intrínsecos (exudado) como extrínsecos (adhesivos, geles, etc.) para ello se pueden aplicar diversos productos (películas de barrera, cremas, aceites, vaselina, óxido de zinc, ácidos grasos hiperoxigenados, etc.) valorando el más adecuado en cada caso.

Además, se deben revisar las *medidas de prevención* para evitar que siga ocasionando daño el agente etiológico que lo produjo o que se produzcan nuevas UPP:

Higiene de la cama (sin arrugas), manejo de la humedad (no utilizar alcoholes ni realizar masajes sobre prominencias óseas), manejo de las presiones (controlar los tiempos prolongados, cambios posturales del paciente), alimentación e hidratación adecuada entre otros.

3.3 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA

Deterioro de la integridad cutánea [00046] es la *alteración de la epidermis y/o de la dermis*.

Factores relacionados	Características definitorias
Factores externos • Excreciones • Humedad	• Piel desgastada

• Hipertermia • Hipotermia • Conocimiento inadecuado del cuidador/a sobre el mantenimiento de la integridad tisular • Conocimiento inadecuado del cuidador/a sobre la protección de la integridad tisular • Uso inapropiado de agente químico • Presión sobre prominencia ósea • Agitación psicomotora • Secreciones • Fuerzas de cizallamiento • Fricción en la superficie • Uso de ropa de cama con insuficiente capacidad de absorción de la humedad **Factores internos** • Índice de masa corporal por encima del rango normal según edad y sexo • Índice de masa corporal por debajo del rango normal según edad y sexo • Disminución de la actividad física • Disminución de la movilidad física • Edema • Adherencia inadecuada al régimen de tratamiento de la incontinencia • Conocimiento inadecuado sobre el mantenimiento de la integridad tisular • Conocimiento inadecuado sobre la protección de la integridad tisular • Malnutrición • Factor psicógeno • Automutilación • Tabaquismo • Uso inadecuado de sustancias • Desequilibrio hidroelectrolítico.	• Absceso[gg] • Dolor agudo • Alteración de la coloración de la piel • Alteración de la turgencia • Sangrado • Ampolla • Descamación • Pérdida de integridad de la piel • Sequedad de piel • Excoriación • Materias extrañas que perforan la piel • Hematoma • Área localizada caliente al tacto • Maceración de la piel • Prurito.
Población de riesgo	**Condiciones asociadas**
• Personas con edades extremas • Personas en unidades de cuidados intensivos • Personas en residencias de larga estancia • Personas en residencias de cuidados paliativos • Personas que reciben cuidados domiciliarios.	• Pigmentación alterada • Anemia • Enfermedad cardiovascular • Disminución del nivel de consciencia • Disminución de la oxigenación tisular • Disminución de la perfusión tisular • Diabetes mellitus • Cambios hormonales • Inmovilización • Inmunodeficiencia • Deterioro del metabolismo • Infecciones • Dispositivos médicos • Neoplasias • Neuropatía periférica • Preparaciones farmacológicas • Pinchazos • Trastornos de sensibilidad.

Este diagnóstico, junto con el deterioro de la integridad tisular, han sido utilizados habitualmente para identificar las úlceras por presión, ya que este es uno de los problemas que con más frecuencia aborda el profesional de enfermería y con un amplio margen competencial, pero hasta la 12ª edición de 2021 no aparece en la clasificación NANDA-I el diagnóstico de lesión por presión en el adulto[hh].

Al ser tratado arriba el problema de las lesiones por presión en el adulto, en este diagnóstico se abordan otros aspectos que se incluyen en el deterioro de la integridad cutánea. Para ello se

gg Acumulación de pus localizada en una cavidad orgánica que se produce al disgregarse los tejidos circundantes y revestido por una membrana piógena formada por tejido de granulación (tejido conjuntivo joven y muy vascularizado que se forma en la curación de úlceras y heridas).

hh En la edición anterior, de 2019, ya apareció el Riesgo de lesión por presión en el adulto.

utilizará el criterio de resultados que mide la resolución del problema, el de **Integridad tisular: piel y membrana mucosa**, ya comentado en el diagnóstico anterior. En este criterio iremos seleccionando los indicadores que nos permitan resolver el problema o las características definitorias.

Las NIC más útiles para tratar los problemas que generalmente están relacionados con este diagnóstico son la **Vigilancia de la piel** [3590]: *recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las mucosas* y dos más relacionadas con procesos quirúrgicos como **Cuidados de las heridas** [3660]: *prevención de complicaciones de las heridas y estimulación de su curación* y **Cuidados del sitio de incisión** [3440]: *limpieza, seguimiento y fomento de la curación de una herida cerrada mediante suturas, clips o grapas.*

Como en el caso de la Lesión por presión en el adulto, es esencial una observación periódica de la piel, especialmente focalizada en las zonas relacionadas con la lesión, atendiendo al color, calor, tumefacción, pulsos, textura, edema, erupciones, abrasiones y ulceraciones, hematomas y pérdida de integridad en la piel y las mucosas. Valorar, si es el caso, el estado de la zona de incisión vigilando la aparición precoz de signos de infección, especialmente en las zonas edematosas.

Los cuidados básicos de una herida son variados, en función de su tipo y estado, pero con carácter general requieren la limpieza del lugar de la lesión y de la piel circundante, preferentemente con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico, y la aplicación de un producto desinfectante. En función del estado de la herida, puede requerir un apósito estéril, principalmente en las primeras fases de su cicatrización.

3.4 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR

Deterioro de la integridad tisular [00044] es la *lesión de la membrana mucosa, córnea, sistema tegumentario, fascia muscular, músculo, tendón, hueso, cartílago, cápsula articular y/o ligamento*.

Factores relacionados	Características definitorias
Factores externos • Excreciones • Humedad • Hipertermia • Hipotermia • Conocimiento inadecuado del cuidador/a sobre el mantenimiento de la integridad tisular • Conocimiento inadecuado del cuidador/a sobre la protección de la integridad tisular • Uso inapropiado de agente químico • Presión sobre prominencia ósea • Agitación psicomotora • Secreciones • Fuerzas de cizallamiento • Fricción en la superficie • Uso de ropa de cama con insuficiente capacidad de absorción de la humedad **Factores internos** • Índice de masa corporal por encima del rango normal según edad y sexo • Índice de masa corporal por debajo del rango normal según edad y sexo • Disminución de la frecuencia de parpadeo • Disminución de la actividad física • Disminución de la movilidad física • Deterioro del equilibrio postural • Desequilibrio de líquidos • Adherencia inadecuada al régimen de tratamiento de la incontinencia	• Absceso • Dolor agudo • Sangrado • Disminución de la fuerza muscular • Disminución de la amplitud de movimientos • Dificultad para soportar el peso • Sequedad ocular • Hematoma • Deterioro de la integridad cutánea • Área localizada caliente al tacto • Deformidad localizada • Pérdida localizada de cabello • Entumecimiento localizado • Hinchazón localizada • Espasmo muscular • Informa de falta de equilibrio • Informa de sensación de hormigueo • Rigidez • Exposición de tejidos por debajo de la epidermis.

• Gestión inadecuada del nivel de glucosa en sangre • Conocimiento inadecuado sobre el mantenimiento de la integridad tisular • Conocimiento inadecuado sobre la protección de la integridad tisular • Malnutrición • Factor psicógeno • Automutilación • Tabaquismo • Uso inadecuado de sustancias.	
Población de riesgo	**Condiciones asociadas**
• Personas sin hogar • Personas con edades extremas • Personas expuestas a temperaturas ambientales extremas • Personas expuestas a una fuente de alimentación eléctrica de alto voltaje • Personas que participan en deportes de contacto • Personas que participan en deportes de invierno • Personas con antecedentes familiares de fractura ósea • Personas con antecedentes de fractura ósea.	• Anemia • Trastorno del espectro autista • Enfermedad cardiovascular • Problemas neurológicos crónicos • Afección grave • Disminución del nivel de consciencia • Disminución del nivel de albúmina sérica • Disminución de la oxigenación tisular • Disminución de la perfusión tisular • Inestabilidad hemodinámica • Inmovilización • Discapacidad intelectual • Dispositivos médicos • Enfermedades metabólicas • Neuropatía periférica • Preparaciones farmacológicas • Trastornos de sensibilidad • Procedimientos quirúrgicos.

Este diagnóstico era habitual emplearlo cuando la úlcera por presión superaba el estadio 3. Al ser este un tema ya tratado, y atendiendo a la naturaleza de esta obra, solo trataremos los aspectos generales idénticos a los desarrollados en los diagnósticos **Deterioro de la integridad cutánea, Riesgo de Infección y Riesgo de infección de la herida quirúrgica.**

El criterio de resultados que mide la resolución del problema, según el grupo NNN, es el de Integridad tisular: piel y membrana mucosa, y las NIC que proporcionan cuidados para este diagnóstico son **Vigilancia de la piel y Cuidados de las heridas**, ya desarrolladas en el diagnóstico anterior, y también **Protección contra las infecciones** [6550] *prevención y detección precoces de la infección en pacientes de riesgo*.

3.5 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD DE LA MEMBRANA MUCOSA ORAL

El **Deterioro de la integridad de la membrana mucosa oral** [00045] se define como *lesión de los labios, los tejidos blandos de la cavidad bucal y/o la orofaringe*.

Factores relacionados	Características definitorias
• Consumo de alcohol • Disfunción cognitiva • Disminución de la salivación • Deshidratación • Síntomas depresivos • Dificultad para realizar los cuidados personales de la boca • Acceso inadecuado a cuidados dentales • Conocimiento inadecuado sobre la higiene oral • Hábitos de higiene oral inadecuados • Uso inapropiado de agente químico • Malnutrición	• Mal sabor de boca • Sangrado • Queilitis[ii] • Lengua saburral[jj] • Disminución de la percepción del gusto • Descamación • Dificultad para comer • Dificultad en la deglución • Disfonía[kk] • Agrandamiento de las amígdalas • Lengua geográfica[ll]

ii Inflamación de los labios.

jj Capa blanquecina en la lengua que se compone de restos de alimentos y es indicativa de dispepsia.

kk Dificultad en la producción de la voz debido a trastornos de la laringe.

ll Lengua con zonas sin papilas rojas y lisas rodeadas de bordes elevados.

• Respiración bucal • Tabaquismo • Estresores.	• Hiperplasia[mm] gingival • Palidez gingival • Bolsa periodontal con profundidad superior a 4 mm • Recesión gingival • Halitosis[nn] • Hiperemia • Macroplasia[oo] • Descamación de la mucosa • Malestar oral • Edema oral • Fisura oral • Lesión oral • Palidez de la mucosa oral • Nódulos orales • Dolor oral • Pápulas orales • Úlceras orales • Vesículas orales • Exposición a patógenos • Presencia de masas • Drenaje oronasal purulento • Exudado oronasal purulento • Lengua atrófica lisa • Placas esponjosas en la boca • Estomatitis[pp] • Manchas blancas en la boca • Placas blancas en la boca • Exudado blanco, como cuajada • Xerostomía[qq]
Población de riesgo	**Condiciones asociadas**
• Personas en desventaja económica.	• Alergias • Enfermedad autosómica • Desorden conductual • Quimioterapia • Disminución de los niveles hormonales femeninos • Disminución de plaquetas • Depresión • Enfermedades del sistema inmunitario • Inmunosupresión • Infecciones • Pérdida de las estructuras de soporte oral • Factor mecánico • Anomalías bucales • Dieta absoluta[rr] > 24 horas • Traumatismo oral • Radioterapia • Síndrome de Sjögren[ss] • Procedimientos quirúrgicos • Traumatismo • Régimen terapéutico.

Para abordar este diagnóstico y evaluar su evolución utilizaremos el NOC **Salud Oral** [1100] definido como *estado de la boca, dientes, encías y lengua*. La NIC principal es **Restablecimiento**

mm Es el aumento del tamaño de un tejido (en este caso de la encía) a expensas del número de células, las cuales conservan su forma y su función normales. La hiperplasia se diferencia de la hipertrofia en que en esta última el aumento del tamaño del tejido se produce por aumento del tamaño de las células y no del número de estas.

nn Mal aliento.

oo Aumento del tamaño de un tejido o de una parte de él.

pp Inflamación de la mucosa bucal.

qq Sinónimo de aptialismo o asialia. Es la ausencia o disminución de secreción de saliva que provoca sequedad de boca.

rr Es la restricción completa de ingesta de alimentos sólidos y líquidos.

ss Trastorno neurocutáneo que cursa con ictiosis (enfermedad de la piel que se caracteriza por formación de escamas y sequedad) y problemas neurológicos.

de la salud oral [1730] que se define como *fomento de la curación de un paciente que tiene una lesión dental o de la mucosa bucal*.

El plan de cuidados se inicia con una valoración completa de la boca del paciente incluyendo los posibles cambios del gusto, la deglución, la calidad de la voz y la comodidad y también la capacidad de autocuidado del paciente que permita su participación (y su familia) en los cuidados orales.

Para la higiene oral se instruirá al paciente en el uso de materiales adecuados a sus circunstancias, como el hilo dental encerado y cepillos de cerdas suaves, para evitar el riesgo de hemorragia y traumatismo de las encías. Es adecuado el uso de colutorios ajustando sus características a las necesidades del paciente (p. ej., solución anestésica, efervescente, suero salino, de recubrimiento, antifúngica o antibacteriana).

La hidratación de la mucosa oral es importante para preservar su elasticidad y para ello el paciente debe mantener un buen nivel de ingesta oral de agua y, en caso necesario, aplicar lubricante para los labios y la mucosa oral. En la higiene oral se evitarán productos que contengan glicerina, alcohol u otros agentes por su efecto desecante.

Retirar las prótesis dentales, aconsejando al paciente que las use solo para las comidas.

Se desaconseja el hábito de fumar y el consumo de alcohol.

En la alimentación se evitarán los alimentos picantes, salados, ácidos y secos, ásperos o duros, y también los que puedan causar reacciones alérgicas. Para quemaduras o mayor irritación se han de evitar los alimentos y líquidos calientes.

3.6 RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD DE LA MEMBRANA MUCOSA ORAL

El **Riesgo de deterioro de la integridad de la membrana mucosa oral** [00247] se define como la *susceptibilidad de padecer una lesión de los labios, los tejidos blandos de la cavidad bucal y/o la orofaringe, que puede comprometer la salud*.

Factores de riesgo
• Consumo de alcohol • Disfunción cognitiva • Disminución de la salivación • Deshidratación • Síntomas depresivos • Dificultad para realizar los cuidados personales de la boca • Acceso inadecuado a cuidados dentales • Conocimiento inadecuado sobre la higiene oral • Hábitos de higiene oral inadecuados • Uso inapropiado de agente químico • Malnutrición • Respiración bucal • Tabaquismo • Estresores.
Población de riesgo
• Personas en desventaja económica.
Condiciones asociadas
• Alergias • Enfermedad autosómica • Desorden conductual • Quimioterapia • Disminución de los niveles hormonales femeninos • Disminución de plaquetas • Depresión

- Enfermedades del sistema inmunitario
- Inmunosupresión
- Infecciones
- Pérdida de las estructuras de soporte oral
- Factor mecánico
- Anomalías bucales
- Dieta absoluta > 24 horas
- Traumatismo oral
- Radioterapia
- Síndrome de Sjögren
- Procedimientos quirúrgicos
- Traumatismo
- Régimen terapéutico.

Los NOC sugeridos para el seguimiento de los pacientes con este problemas están relacionados con los distintos factores de riesgo. Ackley y Ladwig sugieren tres resultados más generales: **Autocuidados: higiene oral** [0308] definido como *acciones personales para cuidarse la boca y los dientes independientemente, con o sin dispositivo de ayuda*, **Salud oral** [1100] *estado de la boca, dientes, encías y lengua* e **Integridad tisular: piel y membranas mucosas** [1101] *indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas*.

Las NIC principales son **Fomento de la salud bucal** [1720] *fomentar la higiene bucal y el cuidado dental en un paciente con salud bucal y dental normal* y **Mantenimiento de la salud bucal** [1710] *mantenimiento y fomento de la higiene bucal y la salud dental en pacientes con riesgo de desarrollar lesiones bucales o dentales.*

Iniciamos el plan de cuidados con una valoración pormenorizada del estado de la boca del paciente en la que nos centramos en determinar la rutina habitual de higiene dental del paciente, con evaluación de riesgos e identificación de aspectos que deben tratarse.

Instruir al paciente o a su familia sobre la importancia de la higiene bucal tras las comidas y de una atención de la salud oral adecuada (p. ej., uso de hilo dental, cepillado, colutorios, uso de agua con fluoruros, suplementos u otros productos preventivos, así como otras consideraciones basadas en el nivel de desarrollo del paciente y su capacidad de autocuidado), y si fuera necesario, ayudar a los pacientes en estas actividades en función de su nivel de dependencia (ver capítulo XVI):

- En el paciente *portador de prótesis*: retirar, limpiar y volver a poner las dentaduras postizas; cepillar las encías, dientes restantes y la lengua; masaje de las encías con cepillo o con los dedos.
- En el *paciente inconsciente*: tomar las precauciones adecuadas para evitar la aspiración girando la cabeza del paciente hacia el lado o colocarle en decúbito lateral, según las circunstancias, insertar un protector dental o un depresor lingual acolchado, evitar poner los dedos en la boca, utilizar pequeñas cantidades de líquido y una jeringa u otro dispositivo de succión.

Informar de la importancia de una dieta adecuada para el buen estado bucal, explicando el papel del azúcar en el desarrollo de la caries (es decir, aconsejar al paciente a limitar el consumo de azúcar natural, sugerir el uso de edulcorantes artificiales en la dieta, sobre todo xilitol, e instruir a los progenitores sobre el uso adecuado de los biberones y tazas para bebés y sus contenidos).

Desaconsejar el hábito de fumar y de mascar tabaco (es decir, instruir a los pacientes sobre los efectos del consumo de tabaco, aplicar medidas de prevención del uso del tabaco y proporcionar ayuda para dejar de fumar).

Explicar la importancia de los chequeos dentales regulares, incluido el momento de la primera visita del niño al odontólogo.

Identificar el riesgo de desarrollo de estomatitis[tt] o glositis[uu] secundarias a la terapia con fármacos.

En casos necesarios aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa bucal.

Derivar al paciente, según sea necesario, por ejemplo, en caso de lesiones por los alambres de ortodoncia o si persisten la sequedad, irritación y molestias bucales.

4 DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LA TERMORREGULACIÓN

4.1 HIPERTERMIA

Hipertermia [00007] se define como *temperatura corporal central superior al rango normal diurno a causa del fallo de la termorregulación.*

Factores relacionados	Características definitorias
• Actividad vigorosa • Deshidratación • Vestimenta inapropiada.	• Piel caliente al tacto • Rubor cutáneo • Vasodilatación • Taquicardia • Taquipnea • Hipotensión • Postura anormal • Estado de ánimo irritable • Letargia • Estupor • Convulsiones • Coma • Apnea.
Población de riesgo	**Condiciones asociadas**
• Personas expuestas a temperatura ambiental elevada.	• Disminución de la respuesta sudorativa • Deterioro del estado de salud • Aumento de la tasa metabólica • Isquemia • Preparaciones farmacológicas.

Este diagnóstico enfermero debe utilizarse exclusivamente cuando la causa sea deshidratación, actividad vigorosa o vestimenta inapropiada, factores sobre los que la enfermera podrá actuar con decisiones autónomas. En cualquier otra circunstancia debe emplearse la hipertermia como problema de colaboración.

La NANDA-I incluye entre las condiciones asociadas factores compatibles tanto con la etiología de la hipertermia (disminución de la sudoración, aumento de la tasa metabólica; también menciona como población de riesgo a personas expuestas a temperatura ambiental elevada), como otros relacionados con la fiebre (sepsis). Estas condiciones no deben constituir la etiología principal ni el foco de atención para fijar objetivos y cuidados de enfermería.

Los indicadores que permite medir la resolución del diagnóstico los encontramos en la NOC **Termorregulación** [0800] que se define como *equilibrio entre la producción, la ganancia y la pérdida de calor*.

La NIC **Regulación de la temperatura** [3900]: *consecución y mantenimiento de una temperatura corporal dentro del rango normal*, nos proporciona cuidados adecuados que puede manejar la enfermera con autonomía.

tt Inflamación de la mucosa bucal.

uu Inflamación de la lengua.

El primer elemento del plan es comprobar la temperatura con cierta periodicidad. Convencionalmente, en el ámbito hospitalario se registra una medición en cada turno de trabajo, pero en casos necesarios se registrará cada 2 horas o según corresponda. También puede ser importante controlar la presión arterial, pulso y respiración.

El tratamiento no farmacológico de la Hipertermia emplea medios físicos para reducir la temperatura corporal:

Una de las medidas a adoptar es la del enfriamiento activo externo, en la que se incluyen los baños tibios (inmersión completa del cuerpo desde el cuello hacia abajo en agua que debe estar a 30-36° C) durante unos 15 minutos o hasta que su temperatura corporal haya bajado a <39ºC.Otra técnica para disminuir la temperatura corporal externamente es la de aplicar compresas o paños de agua fría (agua a 30-31° C) en zonas muy vascularizadas: axilas, ingles y muñecas. No utilizar nunca agua helada, ya que aumenta la termogénesis y produce vasoconstricción periférica (impide perder calor).

También se puede utilizar una sábana húmeda y fresca o usar bolsas de hielo (cubiertas por un paño, para evitar contacto directo que podría producir quemaduras en la piel) y aplicarlas en las zonas vascularizadas antes mencionadas.

En caso de hiperpirexia se pueden utilizar mantas de hipotermia, que es una técnica muy incómoda y con frecuencia requiere tranquilizantes.

También es importante ajustar la temperatura ambiente a las necesidades del paciente. Se puede considerar el traslado del paciente a un lugar fresco, en posición de decúbito supino (limitar la actividad física), quitarle el exceso de ropa, además del uso de ventiladores para refrescar el ambiente.

Para atender a otros problemas asociados al aumento de la temperatura, como es la sudoración excesiva, es necesario mantener la piel limpia y las mucosas húmedas. La sudoración que produce el aumento térmico puede llevar a la deshidratación del paciente, por lo que es fundamental hidratar al paciente con bebidas isotónicas (a poder ser frescas), ya que por el sudor se pierde agua, pero también electrolitos, especialmente sodio. También se ha de favorecer la ingesta, ya que en estos pacientes aumenta mucho el catabolismo y además suele cursar con anorexia. En caso de mala tolerancia oral, se deberá considerar la reposición hidroelectrolítica vía intravenosa mediante el uso de sueroterapia.

4.2 HIPOTERMIA

Hipotermia [00006] se define como *temperatura corporal central inferior al rango normal diurno en individuos de > 28 días de vida.*

Factores relacionados	Características definitorias
• Consumo de alcohol • Transferencia del calor por conducción excesiva • Transferencia del calor por convección excesiva • Transferencia del calor por evaporación excesiva • Transferencia del calor por radiación excesiva • Inactividad • Conocimiento inadecuado del cuidador(a) sobre la prevención de la hipotermia • Vestido inadecuado • Temperatura ambiental baja • Malnutrición.	• Cianosis distal • Bradicardia • Cianosis de los lechos ungueales • Disminución del nivel de glucosa en sangre • Disminución de la ventilación • Hipertensión • Hipoglucemia • Hipoxia • Aumento de la tasa metabólica • Aumento del consumo de oxigeno • Vasoconstricción periférica • Piloerección • Escalofríos • Piel fría al tacto • Relleno capilar lento • Taquicardia.

Población de riesgo	Condiciones asociadas
• Personas en desventaja económica • Personas con edades extremas • Personas en extremos de peso.	• Lesión del hipotálamo • Disminución de la tasa metabólica • Preparaciones farmacológicas • Radioterapia • Traumatismo.

Para el seguimiento del paciente la NOC **Termorregulación** [0800], ya definida en el diagnóstico de Hipertermia, tiene indicadores útiles para la hipotermia.

Las NIC consideradas principales para la resolución del problema son **Regulación de la temperatura** [3900], ya visto en el diagnóstico anterior, y **Tratamiento de la hipotermia** [3800]: *Prevención de la pérdida de calor, recalentamiento y vigilancia de un paciente cuya temperatura corporal central es anormalmente baja debido a circunstancias no inducida*s.

Iniciar el cuidado con una valoración completa de la temperatura y sus complicaciones, comprobando la temperatura al menos cada 2 horas. Identificar los factores médicos, ambientales y de otro tipo que puedan precipitar la hipotermia (p. ej., inmersión en agua fría, enfermedad, lesión traumática, estados de shock, inmovilización, climatología, edades extremas, medicamentos, intoxicación etílica, desnutrición, hipotiroidismo y diabetes).

Enseñar al paciente, sobre todo a los ancianos, acciones encaminadas a evitar la hipotermia por exposición al frío y explicar los signos de hipotermia y el tratamiento de urgencia adecuado.

Retirar la ropa fría y húmeda del paciente y mantener en un ambiente cálido ajustando la temperatura ambiental a sus necesidades.

Recomendar al paciente con hipotermia no complicada que consuma líquidos calientes, ricos en carbohidratos, sin alcohol ni cafeína. Aplicar recalentamiento *pasivo* (p. ej., mantas, cubrir la cabeza, calentar la ropa).

El calentamiento *activo*[97] puede ser necesario en hipotermias más graves o en situaciones más complejas como en intervenciones quirúrgicas, en estos casos requieren control médico. Este tipo de calentamiento es *por aire forzado*, que consta de un calentador termostáticamente controlado, un ventilador, un panel de control, una manta y una manguera flexible que se conecta a la manta. Su funcionamiento consiste en introducir aire filtrado, calentarlo por medio de un calentador y se dirige hacia la manguera flexible que conecta al ventilador con la manta. Un sensor remoto ubicado a la entrada de la manguera monitorea la temperatura del aire que está siendo dirigido hacia el paciente. Cuando la temperatura del aire ambiental alcanza el punto pre-establecido (p. ej., 44°C), un termostato apaga el calentador, con el fin de evitar que se produzcan lesiones térmicas en el paciente.

XIII - VALORACIÓN DEL PATRÓN 3: ELIMINACIÓN

Ramón del Gallego Lastra, Fernando Royo Moreno

1 INTRODUCCIÓN

Describe los patrones de función excretora (intestinal, vejiga y piel) de los individuos, con datos sobre la regularidad y el control de dichas funciones. Incluye la regulación percibida por el individuo de la función excretora, el uso sistemático de laxantes y cualquier cambio o alteración en el patrón del tiempo, forma de excreción, calidad o cantidad. También incluye el uso de dispositivos para el control de la excreción. El examen debe incluir investigación sobre la presencia de dispositivos (bolsas de ostomías) presencia de olores, y si procede, se incluye el patrón de eliminación de residuos tanto familiar como comunitario[1].

Cuestiones clave en la valoración

- ¿Cómo son las deposiciones del paciente en lo relativo a las características organolépticas y a su frecuencia?
- ¿Existen molestias? ¿Utiliza medidas auxiliares para su producción? ¿Hay problemas con su control?
- ¿Cuál es la frecuencia de la eliminación urinaria? ¿Hay dificultades para su emisión? ¿Hay incontinencia?
- ¿Cómo es la sudoración: excesiva, con fuerte olor?
- ¿Es el paciente portador de ostomía, drenaje o sonda?

2 VALORACIÓN DE LA ELIMINACIÓN INTESTINAL

2.1 DIARREA

Consiste en la emisión de heces no formadas o anormalmente líquidas, con aumento de la frecuencia y en una cantidad superior a los 200 g/día[84,86]. La frecuencia intestinal normal varía entre tres veces a la semana y tres veces al día. La diarrea puede provocar una pérdida importante del agua y los electrolitos. La diarrea es la emisión de heces y no debe confundirse con la eliminación de otros productos, como pus, sangre o exudado inflamatorio, como ocurre en este último caso cuando se produce la respuesta exudativa que se da en la estasis fecal sigmoidea (estreñimiento). Otro diagnóstico diferencial hay que hacerlo con la *pseudodiarrea* o *hiperdefecación* que consiste en un aumento en la frecuencia de defecación sin incremento del peso de las heces por encima de lo normal, como sucede con el colon irritable o hipertiroidismo. Es preciso distinguir en segundo lugar, la diarrea de una situación como la *incontinencia fecal* que se define como la incapacidad de controlar el volumen de heces expulsado por el ano, no asociada a un cuadro diarreico agudo. Es un trastorno del suelo pélvico y sus causas son las lesiones de los esfínteres anales; las lesiones del nervio pudendo, o alteraciones de la sensibilidad y distensibilidad anal por enfermedad inflamatoria rectal[84].

2.1.1 MECANISMOS BÁSICOS DE LA DIARREA

Si atendemos a los mecanismos que producen diarrea encontramos tres factores:

1) *Hiperperistaltismo:* Este factor produce un paso rápido de las heces por el tubo digestivo y en consecuencia menor tiempo de exposición a la superficie absorbente del agua. Hay circunstancias especiales que reproducen un mecanismo similar, pero sin hiperperistaltismo; son la fístula gastrocólica o las colectomías, en las que se produce un cortocircuito y se reduce el tránsito intestinal. Si el hiperperistaltismo afecta al intestino delgado y no al grueso, las heces pueden ser consolidadas y no haber diarrea.

2) *Hipersecreción intestinal:* Es la base de la mayoría de las diarreas, fenómenos inflamatorios, en los que hay un paso abundante de líquido seroso, sales y albúmina a la luz intestinal.

3) *Defecto de la absorción:* No sólo de agua, sino también de grasas en el intestino delgado, que suele unirse a hiperperistaltismo del colon por la irritación provocada por los ácidos grasos.

Estos tres mecanismos pueden actuar solos o combinados en múltiples trastornos como las dispepsias, intoxicación, reacciones anafilácticas, lesiones inflamatorias, ulceras, neoplasias de la pared intestinal, isquemia, anemia, o incluso diarreas de origen psicógeno.

2.1.2 VALORACIÓN DEL PACIENTE CON DIARREA

La valoración de la diarrea debe atender a la forma en la que comenzó, para identificar algún factor causal reconocible, como una comida sospechosa, un viaje reciente, un fármaco, etc.

Otro aspecto importante es valorar el tiempo de duración: aguda, cuando es inferior a 14 días; persistente si está entre 14 y 29 días y crónica si es de 30 o más días[84]. La cronicidad habrá que contemplarla incluso en los casos en los que el proceso no se presente continuo y existan períodos de diarrea con otros de mejoría, aunque sea relativa. Las diarreas de pocos días o semanas suelen presentarse en infecciones o infestaciones, intoxicaciones y en estados alérgicos.

2.2 ESTREÑIMIENTO (CONSTIPACIÓN)

El estreñimiento es la evacuación intestinal poco frecuente de heces duras. El diagnóstico no siempre ha sido muy claro y para alcanzar un consenso internacional en 2016 se han establecido unos criterios diagnósticos (criterios de Roma)[84] que requieren dos o más de los siguientes criterios presentes en los últimos 3 meses con inicio de los síntomas por lo menos 6 meses antes:

1. Esfuerzo defecatorio en más del 25% de las deposiciones
2. Heces duras o en forma de bolas en más del 25% de las deposiciones
3. Sensación de evacuación incompleta en más del 25% de las defecaciones
4. Sensación de obstrucción o bloqueo anorrectal en más del 25% de las defecaciones
5. Maniobras manuales para facilitar la deposición en más del 25% de las ocasiones (extracción digital, compresión del suelo pélvico)
6. Menos de 3 deposiciones espontáneas por semana

Además, no se presentan heces sueltas si no se utilizan laxantes y no se cumplen criterios del síndrome del intestino irritable[vv].

La etiología del estreñimiento es muy variada, siendo habitual una dieta inapropiada como aquella que es escasa en fibra y poco hidratada. También se da en personas con cierto desorden

vv Molestias abdominales y alteraciones del hábito deposicional sin que se pueda encontrar una causa por las técnicas exploratorias habituales[84]

en el hábito deposicional y en estilos de vida sedentarios. Otra causa frecuente es el estreñimiento subjetivo, donde la persona se autodiagnostica erróneamente por percepción distorsionada de su ritmo intestinal. El abuso de laxantes es otra causa importante. Lo son también lLos efectos adversos de fármacos anticolinérgicos, antidepresivos, analgésicos narcóticos, antiácidos de aluminio o calcio, suplementos de hierro y antagonistas del calcio; enfermedades que disminuyen la luz del intestino, o que rebajan el tono de la pared abdominal o en procesos dolorosos de conducto anal.

2.3 HEMORRAGIAS DIGESTIVAS

2.3.1 HEMATEMESIS

Es la emisión de sangre roja o negra por la boca en forma de vómito, por lo que los datos relativos a este signo se valoran en el patrón 2 (ver vómito sanguinolento en el capítulo XI).

2.3.2 MELENAS

Es la emisión de sangre por el recto en forma de heces negras, brillantes, pegajosas y malolientes; las define su aspecto alquitranado que las permite diferenciar de las heces negras por administración de hierro, bismuto o regaliz. Su presencia indica que el origen de la hemorragia está por encima del ángulo de Treitz (esófago, estómago o duodeno), aunque lesiones de yeyuno, íleon e incluso colon ascendente pueden producir melenas siempre que el tiempo de tránsito intestinal esté bastante prolongado. Se requieren aproximadamente 60 ml. de sangre para producir una sola deposición negra y un mínimo de 8 horas en el intestino. Cantidades muy pequeñas (10-12 ml) pueden producirlas, si bien se entiende que unas melenas copiosas indican pérdidas de al menos 100 ml.

2.3.3 RECTORRAGIA Y HEMATOQUECIA

Es la emisión por el recto de sangre roja, que puede estar sola, *rectorragia*, o acompañada de heces, *hematoquecia*. Son hemorragias intestinales producidas por debajo del ángulo de Treitz, y entre sus causas están las hemorroides, fisura anal o tumores intestinales.

3 VALORACIÓN DE LA ELIMINACIÓN URINARIA

3.1 ALTERACIONES DEL VOLUMEN

En condiciones normales la persona adulta elimina aproximadamente entre 1200 a 1500 ml de orina en 24 horas. Esta cantidad puede fluctuar dentro de amplios márgenes en relación con la cantidad de líquidos ingeridos, la temperatura, cantidad de sudor, etc.

3.1.1 POLIURIA

Es la diuresis diaria superior a 2 litros. Esto puede ocurrir de forma pasajera por una ingesta excesiva de agua, emociones [ww], frío [xx], medicamentos, enfermedades infecciosas o por reabsorción de edemas. Las poliurias patológicas se suelen clasificar en dos tipos: a) poliurias acuosas, y b) poliurias osmóticas.

3.1.1.1 POLIURIA ACUOSA

ww El estrés activa el sistema renina-angiotensina y este aumenta la tensión arterial, aumentándose la presión de filtrado.

xx La vasoconstricción periférica envía la sangre hacia órganos centrales, por lo que en el riñón aumenta la filtración.

Es producida por falta de reabsorción de agua en túbulo distal y colectores. Esto ocurre cuando disminuye la producción de hormona antidiurética (ADH), cuando los túbulos son insensibles a su acción o cuando hay falta de hiperosmolaridad en los líquidos intersticiales de la médula renal, en cuyo caso se ven alterados los mecanismos de contracorriente en el asa de Henle.

3.1.1.2 POLIURIA OSMÓTICA

Producida por un aumento de la cantidad de soluto eliminado por cada nefrona (glucosa en la diabetes, fosfatos en el hiperparatiroidismo, proteínas en el mieloma). Cuando hay que eliminar gran cantidad de soluto, al ser necesario que el filtrado glomerular sea isoosmótico con el plasma, tiene que aumentar la cantidad de agua que pasa a la nefrona y el volumen que circula por los túbulos es mayor y, al circular más deprisa, impide entrar en juego a los mecanismos de contracorriente y, por tanto, se origina poliuria.

Un segundo tipo de diuresis osmótica es el que aparece cuando el número de nefronas disminuye. Se produce en enfermedades crónicas del riñón (p. ej. esclerosis renal), por lo que cada una de las nefronas supervivientes tienen que eliminar o tratar de eliminar las sustancias disueltas para que no se acumulen en el organismo, con lo cual su carga tubular aumenta, apareciendo las condiciones necesarias para la diuresis osmótica.

3.1.2 OLIGURIA

Es una diuresis diaria inferior a 400 ml; cantidad totalmente insuficiente para cubrir las necesidades metabólicas del organismo. Puede darse cuando existe una ingesta deficiente de líquidos; sudoración excesiva; vómitos y diarreas; ingesta de fármacos que retienen líquido, como los corticoides, y también en lesiones renales que alteran la filtración glomerular o los túbulos renales.

3.1.3 ANURIA

Se habla de anuria cuando no se elimina orina por la incapacidad de los riñones para formarla. En esta situación el enfermo no tiene deseos de orinar y la vejiga está vacía. La anuria rara vez es total, en la mayoría de los casos se eliminan en las 24 horas unos cuantos centímetros cúbicos de orina, pero la cantidad es tan escasa que el paciente no tiene deseo miccional al estar la vejiga vacía.

Clásicamente se dividen las anurias en tres grupos:

I) *Anuria Prerrenal (circulatoria)*: Por hipovolemia o hipotensión arterial excesiva. Es preciso recordar que el riñón necesita una tensión arterial glomerular no inferior a 40 mm Hg y por debajo cesa la secreción renal.
II) *Anuria Renal*: Por nefropatía bilateral.
III) *Anuria Subrenal o Posrenal (obstructiva)*: Por cálculos o tumores que obstruyen los uréteres o procesos periureterales.

3.2 ALTERACIONES DEL RITMO DE LA ELIMINACIÓN

Normalmente la eliminación de orina es mayor durante el día que durante la noche. Esto tiene relación con la ingesta de agua y de alimentos, que se realiza durante el día, pero también hay relación con la regulación circadiana, pues la ingesta nocturna suele producir menos orina que la diurna.

3.2.1 NICTURIA

Es el aumento de la eliminación de orina durante la noche, tanto en la cantidad como en el número de micciones. Se da en las enfermedades edematizantes (nefropatía, fallo cardíaco, Addison, traumatismo craneal); tras la ingesta de corticoesteroides; en el adenoma prostático, y en la gestación avanzada por la movilización del agua retenida en la mitad inferior del cuerpo durante el ortostatismo diurno.

3.3 ALTERACIONES DE LA FORMA DE LA MICCIÓN

En condiciones normales el adulto evacua su vejiga unas 5 a 7 veces en 24 horas, con más frecuencia durante el día que durante la noche. El número de micciones depende de muchos factores, pero tiene que ser mayor cuando la cantidad de orina aumenta. Es importante conocer la pauta habitual del paciente antes de valorar el número de veces, así como su ingesta de líquidos.

3.3.1 POLAQUIURIA

Hablamos de polaquiuria cuando se producen micciones repetidas, con una cantidad de orina eliminada muy pequeña en cada micción, sin que exista alteración del volumen diario. La polaquiuria se produce como consecuencia de una excitación de los mecanismos que intervienen en la micción, de tal forma que la vejiga es ya excitada cuando la cantidad de orina que contiene es muy pequeña. Se produce en procesos inflamatorios de la pared vesical (cistitis); tumores vesicales o de estructuras cercanas; embarazadas; afecciones de la próstata, vesículas seminales y recto.

3.3.2 DISURIA

Es la micción difícil y dolorosa que el enfermo refiere como sensación de quemazón.

3.3.3 TENESMO VESICAL

Deseo continuo, e ineficaz de orinar. Asociado a retención urinaria o infecciones habitualmente.

3.3.4 MICCIÓN POR REBOSAMIENTO

Se produce cuando la micción se realiza gota a gota por el meato uretral. Se observa en casos donde la vejiga se va distendiendo hasta que la presión en su interior llega a vencer al esfínter interno contraído y se evacua una cierta cantidad de orina, la suficiente para que baje la presión vesical y se cierre de nuevo el esfínter. Se da frecuentemente en el adenoma de próstata.

3.3.5 ESTRANGURIA

Micción lenta y dolorosa debida a espasmo de la uretra o vejiga.

3.3.6 RETENCIÓN URINARIA

Es la ausencia de eliminación de orina por obstrucción de la evacuación de la vejiga urinaria. En este caso, a diferencia de la anuria, los riñones producen orina y esta llega a la vejiga; el paciente se encuentra agitado, con deseos de orinar, pero sin poder hacerlo y con "globo vesical" al palpar la silueta de la vejiga por encima de la sínfisis del pubis.

3.3.7 ENURESIS (INCONTINENCIA)

Es la pérdida del control voluntario de la orina. Algunas de las causas más frecuentes son la debilidad de la musculatura del suelo pélvico, lesiones prostáticas o alteraciones neurológicas que afectan a la vejiga y al esfinter.

3.4 VALORACIÓN DE LA ORINA

La valoración de la orina se inicia con el análisis de las características físicas, entre las que la *cantidad* es el aspecto central, ya comentado previamente y que en condiciones normales oscila entre 1200-1500 ml, con variaciones importantes, yendo de la ausencia o algunos pocos mililitros en las anurias graves, hasta 6 a 20 l/24 h o más en la diabetes insípida. El *aspecto* de la orina normal es limpio y transparente, y puede enturbiar ligeramente cuando se deja reposar, por el precipitado de mucinas o también por la presencia de componentes anormales como proteínas, sangre, etc. Su *color* es amarillo ámbar debido a la concentración de urocromo. Puede variar de color por la presencia de pigmentos biliares que la tiñen de tonos pardos que recuerdan a las bebidas de cola (orina colúrica); de medicamentos como las tetraciclinas (amarillo), laxantes antracénicos (naranja), hierro (verde o negro); incluso de algunos alimentos, como el azafrán, que la tiñen de anaranjado.

Un valor analítico imprescindible es el *pH*. La orina en condiciones normales es ácida (5 a 5,5) y en raras ocasiones es neutra o alcalina, pudiendo oscilar entre valores de 4,6 a 8.

3.4.1 PROTEINURIA:

Es el aumento de proteínas en la orina, la cual contiene normalmente cantidades inferiores a 150 mg/24 h de proteínas, constituidas fundamentalmente por albúmina y globulinas de bajo peso molecular. Las cantidades mayores son siempre patológicas. Aunque la detección de la proteína por medio de tira reactiva es indicativa, pues suele medir solo la presencia de albúmina, pero no otras proteínas, puede dar falsos negativos en orinas muy diluidas.

La proteinuria es un signo habitual en la mayor parte de las enfermedades renales donde, o bien hay una alteración glomerular en la que son filtradas en exceso proteínas plasmáticas (proteinuria glomerular), o bien los túbulos no son capaces de reabsorber las proteínas filtradas normalmente. También aparece proteinuria ante la concentración plasmática excesiva que se produce en algunas neoplasias, especialmente en tumores de origen hematológico como los linfomas.

3.4.2 HEMATURIA:

Es la emisión de sangre en orina procedente del riñón o de vías urinarias. Esta definición excluye la pérdida de sangre no mezclada con la orina, como ocurre en la uretrorragia, y en la hemoglobinuria. En la hematuria microscópica la orina tiene aspecto normal, pero al visualizarla al microscopio se detectan unos 4 o 5 hematíes/campo. En la hematuria macroscópica la orina tiene color sanguinolento y aspecto turbio. Las causas más frecuentes son: tumores, tuberculosis renal, litiasis renal o vesical e infección urinaria[98,99].

3.4.3 HEMOGLOBINURIA:

Es la presencia de hemoglobina en la orina fuera del hematíe. El color se mantiene más tiempo que en la hematuria, y presenta un aspecto transparente. Se da en la hemólisis.

XIV – PROBLEMAS DEL PATRÓN 3: ELIMINACIÓN

Ramón del Gallego Lastra, Fernando Royo Moreno

4 DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LA ELIMINACIÓN INTESTINAL

4.1 ESTREÑIMIENTO

La NANDA-I define el **Estreñimiento** [00011] como la *evacuación de heces infrecuente o con dificultad.*

Factores relacionados	Características definitorias
• Alteración de la rutina regular • Actividad física diaria media inferior a la recomendada según el sexo y la edad • Disfunción cognitiva • Barreras en la comunicación • Habitualmente reprime la urgencia para defecar • Deterioro de la movilidad física • Deterioro del equilibrio postural • Conocimiento insuficiente de los factores modificables • Hábitos de eliminación inadecuados • Ingesta insuficiente de fibra • Ingesta insuficiente de líquidos • Intimidad insuficiente • Estresores • Uso inadecuado de sustancias.	• Evidencia de síntomas en los criterios estandarizados de diagnóstico • Heces duras • Heces grumosas • Necesidad de maniobras manuales para facilitar la defecación • Eliminación de menos de tres defecaciones por semana • Sensación de obstrucción anorrectal • Sensación de evacuación incompleta • Esfuerzo excesivo en la defecación.
Población de riesgo	**Condiciones asociadas**
• Personas hospitalizadas • Personas que experimentan hospitalización prolongada • Personas en residencias geriátricas • Personas en el período postoperatorio inmediato • Adultos mayores • Mujeres embarazadas • Mujeres.	• Bloqueo del colon • Bloqueo del recto • Depresión • Discapacidades del desarrollo • Enfermedades del sistema digestivo • Enfermedades del sistema endocrino • Enfermedades cardíacas • Trastornos mentales • Enfermedades musculares • Enfermedades del sistema nervioso • Trastorno neurocognitivo • Trastornos del suelo pélvico • Preparaciones farmacológicas • Radioterapia • Trastornos uroginecológicos.

Consideramos que el criterio de resultados que mejor mide la resolución del diagnóstico, coincidiendo con Ackley y Ladwig, es **Eliminación intestinal** [0501], definido por la NOC como *formación y evacuación de heces*.

Para alcanzar los objetivos fijados se sugieren dos intervenciones principales, la primera es **Control intestinal** [0430] que se define como *instauración y mantenimiento de un patrón regular de evacuación intestinal* y la segunda **Manejo del estreñimiento/impactación intestinal** [0450], definida como *prevención y alivio del estreñimiento/impactación fecal*. Dada la naturaleza de algunas de las actividades es necesario secuenciarlas, empezando por acciones de menor

intensidad como las de tipo dietético dejando el uso de los laxantes y extracción digital para cuando las primeras no surtan efecto.

El plan de cuidados se inicia con la identificación del patrón de eliminación concreto del paciente, identificando específicamente sus rutinas, problemas y el uso de laxantes y otras prácticas para favorecer las deposiciones.

Instruir al paciente y a la familia sobre el uso correcto de laxantes ya que su abuso provoca que para desencadenar el mecanismo de la defecación se requiera de un estímulo intenso del laxante y en su ausencia no sea suficiente con la presión de las heces en el recto.

Enseñar al paciente los alimentos ricos en fibra que favorecen la eliminación normal al añadir masa a las heces, como son los cereales integrales, legumbres, fruta y verdura. Se evitará la ingesta de alimentos flatulentos, como repollo, judías, cebollas y coliflor; bebidas carbonatadas y masticar chicle.

Establecer una ingesta líquida adecuada (un mínimo de 1500 ml) que permita fluidificar las heces y facilitar así su evacuación. Además, al aumentar la fibra es necesario aumentar la ingesta líquida para evitar la solidificación excesiva de las heces

La práctica habitual de ejercicio físico para favorecer el tránsito intestinal al estimular el peristaltismo y fortalecer músculos implicados en la defecación como los abdominales y pélvicos. Caminar, montar en bicicleta o nadar al menos entre 150 y 300 minutos semanales son las recomendaciones de organizaciones como la OMS.[100]

Puede ser útil poner en marcha un programa de entrenamiento intestinal, que desarrollaremos en el diagnóstico de Deterioro de la continencia intestinal y que busca establecer una rutina diaria. Para ello el paciente intentará ir al baño todos los días a la misma hora. Para conseguir resultados este programa requiere tiempo e ir acompañado de otras como la dieta, la hidratación y el ejercicio.[19,43]

Si la valoración del paciente evidencia signos de impactación fecal se han de vigilar los signos y síntomas de rotura intestinal y/o peritonitis. El plan de cuidados debe pasar progresivamente por el uso de laxantes. En caso de que sea ineficaz se pueden emplear enemas, que consiste en la introducción dentro del recto y colon sigmoide de una cantidad de líquido que estimula el peristaltismo y favorece la evacuación. En caso necesario se procedería a la extracción manual de las heces.

4.2 RIESGO DE ESTREÑIMIENTO

El diagnóstico NANDA-I **Riesgo de estreñimiento** [00015] es la *susceptibilidad de evacuación infrecuente o difícil de heces, que puede comprometer la salud*.

Sus factores de riesgo son los factores relacionados del diagnóstico focalizado en el problema

Factores de riesgo

- Alteración de la rutina regular
- Actividad física diaria media inferior a la recomendada según el sexo y la edad
- Disfunción cognitiva
- Barreras en la comunicación
- Habitualmente reprime la urgencia para defecar
- Deterioro de la movilidad física
- Deterioro del equilibrio postural
- Conocimiento insuficiente de los factores modificables
- Hábitos de eliminación inadecuados
- Ingesta insuficiente de fibra
- Ingesta insuficiente de líquidos
- Intimidad insuficiente
- Estresores

- Uso inadecuado de sustancias.

Población de riesgo

- Personas hospitalizadas
- Personas que experimentan hospitalización prolongada
- Personas en residencias geriátricas
- Personas en el período postoperatorio inmediato
- Adultos mayores
- Mujeres embarazadas
- Mujeres.

Condiciones asociadas

- Bloqueo del colon
- Bloqueo del recto
- Depresión
- Discapacidades del desarrollo
- Enfermedades del sistema digestivo
- Enfermedades del sistema endocrino
- Enfermedades cardíacas
- Trastornos mentales
- Enfermedades musculares
- Enfermedades del sistema nervioso
- Trastorno neurocognitivo
- Trastornos del suelo pélvico
- Preparaciones farmacológicas
- Radioterapia
- Trastornos uroginecológicos.

El Riesgo de estreñimiento requiere poner en marcha, de manera preventiva, los mismos cuidados que se han visto en el problema real: la NOC sugerida para resolver este diagnóstico es **Eliminación intestinal** y la NIC **Manejo del estreñimiento/impactación intestinal**, ambos vistos en el diagnóstico Estreñimiento.

Una de las causas más frecuentes de estreñimiento suele ser las reacciones adversas a los fármacos o el uso indebido de laxantes, por eso otra de las intervenciones sugeridas como principal es el **Manejo de la Medicación** [2380], definida como *facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.*

Los cuidados derivados de esta intervención se inician con la revisión de los fármacos prescritos y los pormenores de su protocolo de administración y su impacto en el estilo de vida del paciente. Se vigilarán los efectos terapéuticos de los fármacos, los adversos, las interacciones farmacológicas y la detección precoz de los signos y síntomas de toxicidad.

Es importante comprobar la capacidad del paciente para automedicarse valorando su nivel de conocimientos sobre la medicación y el régimen terapéutico, determinando los factores que puedan impedir al paciente tomar los fármacos tal como se han prescrito y en caso necesario desarrollando estrategias con el paciente para potenciar el cumplimiento del régimen de medicación prescrito.

Sobre estos aspectos se planteará un programa de enseñanza al paciente y/o a los familiares en el que aseguraremos el aprendizaje del método de administración de los fármacos, la acción y los efectos secundarios esperados de la medicación. Toda esta información se puede proporcionar por escrito y visual para potenciar la autoadministración de los medicamentos, si es necesario. Un aspecto fundamental es identificar los efectos y riesgos de ciertos productos de venta libre utilizados o determinadas prácticas culturales empleadas en el tratamiento del estreñimiento.

Se proporcionarán alternativas para la pauta temporal y modalidad de autoadministración de medicamentos con el propósito de minimizar los problemas que este tratamiento pueda tener en el estilo de vida del paciente.

4.3 DIARREA

El diagnóstico **Diarrea** [00013] es la *evacuación de tres o más deposiciones blandas o líquidas diarias*.

Factores relacionados	Características definitorias
• Ansiedad • Nutrición artificial precoz • Acceso inadecuado a agua potable segura • Acceso inadecuado a alimentos seguros • Conocimiento inadecuado sobre la vacuna del rotavirus • Conocimiento inadecuado sobre la preparación higiénica de alimentos • Conocimiento inadecuado sobre el almacenamiento higiénico de alimentos • Prácticas de higiene personal inadecuadas • Aumento del nivel de estrés • Uso inadecuado de laxantes • Malnutrición • Uso inadecuado de sustancias.	• Cólicos abdominales • Dolor abdominal • Urgencia intestinal • Deshidratación • Ruidos intestinales hiperactivos.
Población de riesgo	**Condiciones asociadas**
• Viajeros frecuentes • Personas con edades extremas • Personas expuestas a toxinas.	• Afección grave • Enfermedades del sistema endocrino • Nutrición enteral • Enfermedades gastrointestinales • Inmunosupresión • Infecciones • Preparaciones farmacológicas • Régimen terapéutico.

Los resultados para medir la resolución del problema son **Continencia intestinal** [0500] definido como *control de la eliminación de heces procedentes del intestino* y **Eliminación intestinal** [0501] ya tratado en el diagnóstico Estreñimiento.

Las intervenciones principales son **Manejo de la medicación**, también desarrollado en el diagnóstico Riesgo de estreñimiento, y el específico de **Manejo de la diarrea** [0460] que se define como *tratamiento y alivio de la diarrea.*

Las actividades de esta intervención parten, como en todos los casos, con un conocimiento profundo de la historia del paciente y las posibles causas de la diarrea. Cuando la causa de la diarrea sean la ansiedad y el estrés se aplicarán medidas que se desarrollan en los capítulos XXII y XXVIII.

Si hay una prescripción concreta para el tratamiento de la diarrea enseñará al paciente el uso correcto de los medicamentos antidiarreicos, evitando los laxantes.

En este problema se considera esencial el control de la dieta, para lo que se realizará una evaluación precisa de la ingesta para determinar el contenido nutricional. El plan de cuidados fomentará dietas bajas en fibra y ricas en proteína y de alto valor calórico, si no hay contraindicación. Se realizarán comidas en pequeñas cantidades y frecuentes, a las que se irá añadiendo fibra de forma gradual, retirando los alimentos flatulentos o picantes.

Se vigilará especialmente los signos de deshidratación observando la turgencia de la piel con regularidad.También el peso del paciente.

4.4 DETERIORO DE LA CONTINENCIA INTESTINAL

Deterioro de la continencia intestinal [00319] es un diagnóstico que se define como *incapacidad para retener las heces, sentir la presencia de heces en el recto, relajar y almacenar las heces cuando no es adecuada una evacuación intestinal*.

Factores relacionados	Características definitorias
• Evitación del uso de un inodoro no higiénico • Estreñimiento • Dependencia para ir al inodoro • Diarrea • Dificultad para encontrar el baño • Dificultad para encontrar ayuda a tiempo para el baño • Vergüenza por el uso del inodoro en situaciones sociales • Limitaciones del entorno que interfieren con la continencia • Disminución general en el tono muscular • Deterioro de la movilidad física • Deterioro del equilibrio postural • Hábitos dietéticos inadecuados • Motivación inadecuada para mantener la continencia • Vaciado intestinal incompleto • Uso inadecuado de laxantes • Estresores.	• Malestar abdominal • Urgencia intestinal • Manchas fecales • Deterioro de la habilidad para expulsar heces formadas a pesar de reconocer la repleción rectal • Incapacidad para retrasar la defecación • Incapacidad para retener ventosidades • Incapacidad para llegar hasta el inodoro a tiempo • Falta de atención a la urgencia de defecar • Fuga lenta de heces durante las actividades.
Población de riesgo	**Condiciones asociadas**
• Adultos mayores • Mujeres con parto vaginal • Mujeres que dan a luz con extracción obstétrica.	• Traumatismo anal • Anomalías congénitas del sistema digestivo • Diabetes mellitus • Trastorno neurocognitivo • Enfermedades neurológicas • Inactividad física • Enfermedades prostáticas • Traumatismo rectal • Lesiones de médula espinal • Accidente cerebrovascular.

En este diagnóstico Ackley y Ladwig sugieren los NOC **Continencia intestinal** [0500] y **Eliminación intestinal** [0501], ya mencionados en el diagnóstico Diarrea. Las NIC que estas dos autoras recomiendan para alcanzar estos resultados para el diagnóstico de **Deterioro de la continencia intestinal** son **Cuidados de la incontinencia intestinal** [0410] definido como *estimulación de la continencia intestinal y mantenimiento de la integridad de la piel perianal* y **Entrenamiento intestinal** [0440] que es *ayudar al paciente a entrenar el intestino para evacuar a intervalos determinados*.

El cuidado de la incontinencia intestinal se inicia eliminando la causa de la incontinencia, como pueden ser algunos fármacos, infección, diarrea o impactación fecal, etc., siempre que sea posible, y esto dentro de un programa establecido y pactado con el paciente, y en su caso su familia.

Utilizar dispositivos de recogida fecal, como pañales, en las personas que tengan la piel intacta, según se precise.

Lavar la zona perianal con jabón (detergentes no iónicos) y agua y secarla bien después de cada deposición.

Proteger la piel del exceso de humedad de la orina, heces o sudor mediante una crema antihumedad (p. ej., vaselina, lanolina, dimeticona), según se precise.

Vigilar la piel perianal por si se desarrollan úlceras por presión o infecciones.

Mantener la cama y la ropa limpias.

Controlar las necesidades dietéticas y de líquidos.

El programa de *entrenamiento intestinal* implica establecer una rutina diaria, intentando que el paciente vaya al baño a la misma hora y utilizando para ello medidas que favorezcan la

eliminación[43]. Para ello se planificará con el paciente, familia o cuidador principal en caso de déficit cognitivo, los momentos más adecuados para iniciar las acciones. Momentos antes de la evacuación prevista en el programa se ofrecen al paciente bebidas calientes o alimentos que favorezcan la eliminación, como alimentos con alto contenido en fibra.

Complementariamente se asegurará una ingesta adecuada de líquidos y se implantará un programa de ejercicios que favorecerá el control muscular.

En el momento de la evacuación garantizar la intimidad y el tiempo necesario para el paciente

5 DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LA ELIMINACIÓN URINARIA

5.1 DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA

El **Deterioro de la eliminación urinaria** [00016] es la *disfunción en la eliminación urinaria*.

Factores relacionados	Características definitorias
• Consumo de alcohol • Alteración de factores ambientales • Consumo de cafeína • Limitaciones del entorno • Impactación fecal • Postura incorrecta en el inodoro • Hábitos de eliminación ineficaces • Intimidad insuficiente • Relajación involuntaria del esfínter • Obesidad • Prolapso de un órgano pélvico • Tabaquismo • Uso de aspartamo • Musculatura vesical debilitada • Debilidad de la estructura pélvica de soporte.	• Disuria • Micciones frecuentes • Nicturia • Dificultad para iniciar el chorro de orina • Incontinencia urinaria • Retención urinaria • Urgencia urinaria.
Población de riesgo	**Condiciones asociadas**
• Adultos mayores • Mujeres.	• Obstrucción anatómica • Diabetes mellitus • Deterioro sensitivo-motor • Infección del tracto urinario.

Este diagnóstico es uno de los más amplios de la clasificación NANDA-I al incluir todos los problemas posibles que van desde la incontinencia hasta la retención urinarias. Por eso los indicadores y las actividades tendrán que estar especialmente vinculadas a una etiología concreta que los oriente. Nosotros elegiremos un criterio de resultados y una intervención muy generales que sean útiles para una gran variedad de situaciones, pero asumiendo que necesariamente se deberán adaptar a las etiologías concretas.

El resultado que mide la resolución del problema es **Eliminación urinaria** [0503] definido como *recogida y eliminación de la orina.*

La intervención principal es **Manejo de la eliminación urinaria** [590] que se define como *mantenimiento de un esquema de eliminación urinaria óptimo.*

Esta intervención plantea un plan de cuidados muy general que abarca todo tipo de alteraciones de la eliminación, desde la incontinencia hasta la retención, por lo que es muy importante identificar claramente la etiología del problema para dirigir las acciones hacia ella.

El plan de cuidados se basa en la educación del paciente para que sea capaz de desarrollar un autocuidado centrado en la monitorización de la eliminación urinaria, por un lado, mediante el registro de la diuresis y la valoración de signos y síntomas claves, y por otro, con el

establecimiento de rutinas de eliminación que permitan reeducar esa función hasta hacerla predecible y controlable.

Para promocionar una vejiga sana[43] se enseñará al paciente a:

- Buena hidratación con una ingesta de líquidos de 6 a 8 vasos de agua (250ml) al día repartidos homogéneamente; evitando líquidos con cafeína, como café, té, chocolate, y restringiendo los líquidos 2 horas antes de ir acostarse.
- Establecer una rutina miccional a intervalos regulares, tomándose el tiempo necesario para garantizar un vaciamiento completo de la vejiga.
- Mantener un hábito intestinal normal, ya que un recto lleno de heces puede estimular la vejiga y provocar tenesmo.
- Prevenir la infección urinaria con una ingesta líquida suficiente e higiene perineal.

Enseñar al paciente a observar los signos y síntomas de infección del tracto urinario tales como tenesmo, disuria, polaquiuria, orina turbia y/o hematúrica, dolor pélvico.

5.2 RETENCIÓN URINARIA

El diagnóstico enfermero **Retención urinaria** [00023] es el *vaciado incompleto de la vejiga*.

Factores relacionados	Características definitorias
• Limitaciones del entorno • Impactación fecal • Postura incorrecta en el inodoro • Relajación inadecuada de la musculatura del suelo pélvico • Intimidad insuficiente • Prolapso[yy] de un órgano pélvico • Musculatura vesical debilitada.	• Ausencia de diuresis • Distensión vesical • Disuria • Aumento de la frecuencia urinaria diurna • Vaciado de volumen mínimo • Incontinencia por rebosamiento • Informa de sensación de repleción vesical • Informa de sensación de residuo urinario • Chorro de orina débil.
Población de riesgo	**Condiciones asociadas**
• Mujeres puérperas.	• Hiperplasia prostática benigna • Diabetes mellitus • Enfermedades del sistema nervioso • Preparaciones farmacológicas • Obstrucción del tracto urinario.

El resultado que mide la resolución del problema es **Eliminación urinaria**, ya visto en el diagnóstico **Deterioro de la eliminación urinaria**.

En una retención urinaria el tratamiento de elección es la inserción de una sonda en la vejiga urinaria, a través del meato urinario, que en nuestro ámbito sanitario requiere la prescripción médica, por lo que este diagnóstico, en la mayoría de las ocasiones se comporta como un problema de colaboración. Por eso la NIC indica como intervención principal la de **Sondaje vesical** [580] definida como *inserción de una sonda en la vejiga para el drenaje temporal o permanente de la* orina y cuyas actividades son:

El primer paso será explicar al paciente el procedimiento y el fundamento del sondaje, colocarle en la posición adecuada (p. ej., mujeres en decúbito supino con las piernas separadas o en decúbito lateral con la extremidad inferior situada en posición alta flexionada a nivel de la cadera y la rodilla; varones en decúbito supino) y garantizar la intimidad del paciente cubriéndole con paños la zona de manera que queden expuestos solo los genitales.

Preparar el material adecuado con la sonda que corresponda (generalmente con balón de retención), de tamaño lo más pequeño posible, según las características del paciente.

yy Caída o descenso de una parte o de una víscera.

Durante la técnica de inserción se mantendrá una técnica aséptica estricta, con una higiene correcta de las manos antes, durante y después de la inserción o manipulación de la sonda.

Se inicia el procedimiento limpiando el área que rodea el meato uretral con una solución antibacteriana, suero salino estéril o agua estéril, según el protocolo del centro.

Insertar la sonda por la uretra hasta introducirla en la vejiga lo suficiente como para evitar el traumatismo de los tejidos uretrales al inflar el balón de retención de la sonda. Rellenar el balón de la sonda en el caso de que sea de tipo permanente, respetando las recomendaciones en cuanto a la edad y el tamaño corporal del paciente (p. ej., 10 cm3 en adultos y 5 cm3 en niños).

Conectar el catéter urinario a la bolsa de drenaje de pie de cama o a la bolsa de pierna, colocándola siempre por debajo del nivel de la vejiga para que la orina fluya por gravedad, vigilando que permanezca siempre el circuito cerrado y no obstruido.

Fijar el catéter a la piel para evitar la tracción accidental que pueda lesionar la vejiga.

Si la sonda va a permanecer tiempo insertada es conveniente enseñar al paciente y a la familia los cuidados apropiados de la sonda.

En este diagnóstico trataremos una intervención sugerida por ser muy específica de la retención urinaria; es la NIC **Cuidados de la retención urinaria** [0620] definida como *ayudar a aliviar la distensión de la vejiga* y cuyas actividades son:

Tras una valoración pormenorizada del patrón miccional del paciente se inician los cuidados de la retención que comienzan con proporcionar intimidad para la micción.

Se pueden utilizar distintas técnicas que favorezcan el reflejo miccional y la relajación de esfínteres, tales aplicar frío en el abdomen, frotando la parte interior del muslo o haciendo correr agua. Se proporcionará tiempo suficiente para el vaciado de la vejiga (10 minutos).

Realizar la maniobra de Credé[19,43], que consiste en ejercer presión manual sobre la vejiga para ayudar a eliminar la orina. Es una maniobra que implica riesgo de lesión del músculo detrusor, por lo que solo se recomienda en pacientes que hayan perdido el control voluntario vesical y que no se espera que lo recuperen.

Como precauciones generales se debe evitar el estreñimiento o la impactación fecal y también garantizar una adecuada entrada y salida de líquidos que favorezca las micciones a intervalos regulares e identificando precozmente los signos que aconsejen el vaciado vesical mediante sondaje intermitente o permanente.

5.3 RIESGO DE RETENCIÓN URINARIA

El **Riesgo de retención urinaria** [00322] es la *susceptibilidad de vaciado incompleto de la vejiga.*

Factores de riesgo
• Limitaciones del entorno • Impactación fecal • Postura incorrecta en el inodoro • Relajación inadecuada de la musculatura del suelo pélvico • Intimidad insuficiente • Prolapso de un órgano pélvico • Musculatura vesical debilitada
Población de riesgo
• Mujeres puérperas.
Condiciones asociadas
• Hiperplasia prostática benigna • Diabetes mellitus

• Enfermedades del sistema nervioso • Preparaciones farmacológicas • Obstrucción del tracto urinario.

Ackley y Ladwig sugieren utilizar la NOC **Eliminación urinaria** para medir la prevención del problema y la NIC **Cuidados de la retención urinaria** y **Sondaje vesical** ya vista en el diagnóstico **Retención urinaria** y que proporciona cuidados que permiten minimizar el riesgo. Como ya se ha comentado en el diagnóstico focalizado en el problema (Retención urinaria), en la mayoría de las circunstancias, para una enfermera generalista el uso del sondaje vesical requiere de prescripción médica por lo que el problema es de colaboración.

5.4 INCONTINENCIA URINARIA MIXTA

La **Incontinencia urinaria mixta** [00310] se define como *pérdida involuntaria de orina asociada a, o a continuación de, una intensa sensación de urgencia de eliminar, y también en conjunto con actividades que aumentan la presión intraabdominal*. Es un diagnóstico que se da cuando coinciden en el paciente las características de la incontinencia de esfuerzo y la de urgencia.

Factores relacionados	Características definitorias
• Incompetencia del cuello de la vejiga • Incompetencia del esfínter urinario • Sobrepeso • Prolapso de un órgano pélvico • Atrofia musculoesquelética • Tabaquismo • Debilidad de la pared anterior de la vagina.	• Expresa vaciamiento incompleto de la vejiga • Pérdida involuntaria de orina al toser • Pérdida involuntaria de orina al realizar un esfuerzo • Pérdida involuntaria de orina al reírse • Pérdida involuntaria de orina al realizar ejercicio físico • Pérdida involuntaria de orina al estornudar • Nicturia • Urgencia urinaria.
Población de riesgo	**Condiciones asociadas**
• Personas con tos crónica • Personas con un tipo de incontinencia urinaria • Mujeres multíparas • Adultos mayores • Mujeres que experimentan la menopausia • Mujeres con parto vaginal.	• Diabetes mellitus • Deficiencia de estrógenos • Trastornos motores • Trastornos del suelo pélvico • Incontinencia urinaria prolongada • Cirugía por incontinencia urinaria de esfuerzo • Lesión del esfínter uretral.

Las NOC sugerida por Ackley y Ladwig son la **Continencia urinaria** [0502], definida como *control de la eliminación de orina de la vejiga*, y **Eliminación urinaria** [0503] que se define como *recogida y eliminación de la orina*.

Ackley y Ladwig sugieren la NIC de **Cuidados de la eliminación urinaria**, ya vista en el diagnóstico de **Deterioro de la eliminación urinaria**.

Otra NIC propuesta **Sondaje vesical: intermitente** [582] que se define como *uso periódico con regularidad de una sonda para vaciar la vejiga*, cuyas actividades son muy similares a las de la NIC Sondaje vesical, ya vista en el diagnóstico de Retención urinaria, pero con especial atención a la enseñanza al paciente y a la familia, ya que en muchos casos serán los encargados de la técnica, y en cuyo programa educativo será importante establecer un programa que garantice eliminaciones de al menos 300 ml y una especial vigilancia a los signos precoces de infección urinaria.

Por último, sugieren la NIC muy específica como es el **Cuidados de la incontinencia urinaria** [610] definida como *ayudar a fomentar la continencia y mantener la integridad de la piel perineal*.

Las actividades que configuran el plan de cuidados se inician con una monitorización precisa del patrón de eliminación, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color.

El paciente adoptará una vestimenta (y en su caso adaptará el ambiente) que facilite el acceso al baño en caso de urgencia urinaria.

Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares.

Programar la ingesta líquida, con un mínimo de 1500 ml diarios y limitando los líquidos durante 2-3 horas antes de irse a la cama. Se evitará la ingestión de productos irritantes para la vejiga (refrescos de cola, café, té, chocolate, edulcorantes, comidas especiadas y alcohol). También se establecerá un horario de administración de diuréticos para que tenga menos impacto en el estilo de vida.

Poner en práctica programas de vaciado cronometrado (ofrecer ayuda para usar el inodoro cada 2 horas mientras está despierto) o vaciado provocado (animar al paciente a que solicite ayuda cuando sienta ganas de vaciar), según corresponda.

En caso de que sea el sobrepeso una de las posibles causas de la incontinencia, aconsejar que una disminución del 5% al 10% de pérdida de peso corporal le puede ayudar con los síntomas. El estreñimiento o la impactación fecal favorecen la urgencia miccional por presión sobre la vejiga del material fecal, por lo que será necesario evitar estos problemas.

El fortalecimiento de la musculatura del suelo pélvico es una estrategia que puede favorecer el control miccional. Este objetivo se puede conseguir con los ejercicios de Kegel[19,43] que consisten en ejercitar esa musculatura haciendo que el paciente contraiga los músculos del ano, como si fuera a retener la defecación, o de la uretra, como para retener la salida de orina. Mientras realiza las contracciones de la musculatura perineal anterior y posterior el paciente mantendrá relajados los músculos del abdomen, nalgas o muslos cuando realice estos ejercicios.

Por último, y si el resto de las estrategias no han logrado el objetivo fijado, se determinará la necesidad de colocación de un catéter permanente.

XV - VALORACIÓN DEL PATRÓN 4: ACTIVIDAD-EJERCICIO

Ramón del Gallego Lastra, Fernando Royo Moreno

1 INTRODUCCIÓN

Comprende el patrón de ejercicio, actividad, tiempo libre y recreo. Incluye los de consumo de energía derivados de la realización de las actividades de la vida diaria. También están incluidos el tipo, la cantidad y la calidad del ejercicio, incluyendo los deportes, lo cual describe el patrón típico. El énfasis está en la actividad de mayor importancia para el paciente. La valoración de los patrones de actividad permitirá la detección de prácticas con requerimientos poco saludables, la prevención de mayores pérdidas funcionales y puede asimismo ayudar a compensar dichas pérdidas. El objetivo es determinar el patrón de actividades del paciente que requieren gasto de energía. Se obtienen las descripciones subjetivas de estos componentes, los problemas percibidos por el paciente y las razones percibidas por el paciente de algún problema presente, las acciones llevadas a cabo para resolver los problemas, y los efectos percibidos de dichas acciones.

Explora la movilidad, la respiración y la función cardiovascular (pulso y tensión arterial) y el nivel funcional.

Cuestiones clave en la valoración

- ¿Tiene fuerza, energía, suficiente para afrontar las actividades de la vida diaria?
- ¿Realiza algún tipo de ejercicio: regularidad?
- ¿Qué grado de independencia, o nivel funcional, tiene para el autocuidado en las actividades de la vida diaria: alimentación, baño, aseo y acicalamiento, uso del inodoro, vestido, movilidad en cama y movilidad general?
- ¿Realiza actividades de ocio?
- ¿Es portador de escayolas?

En este capítulo se organizará la estructura de la valoración en dos grandes apartados: la movilidad y la respiración. Por la naturaleza de este libro la valoración de cardiovascular quedará limitada a lo desarrollado en el capítulo III donde se desarrolla la exploración del pulso y la tensión arterial como signos vitales.

2 MOVILIDAD

La valoración de la movilidad se centrará en el estudio de dos sistemas que son esenciales para esta función: 1) el sistema musculoesquelético en el que se analizará el estado de músculos, huesos y articulaciones y 2) el sistema nervioso del que depende la producción y coordinación de los movimientos.

2.1 VALORACIÓN MUSCULOESQUELÉTICA

En este apartado se valoran las dificultades de la movilidad causadas por lesiones del aparato locomotor, debidas principalmente a lesiones osteoarticulares y musculares.

2.1.1 ENTREVISTA CLÍNICA

En la entrevista se abordarán las principales dificultades que impiden al paciente realizar con normalidad las actividades de la vida diaria y de ocio. Uno de los síntomas principales de las dolencias del sistema musculoesquelético es el dolor y sobre él registraremos los datos necesarios para conocer el grado de compromiso de la actividad física diaria de la persona, pero la valoración completa del dolor, con su localización específica, forma de inicio, intensidad y duración, etc., la realizaremos en el patrón 6.

2.1.2 EXPLORACIÓN FÍSICA

A la observación distinguimos modificaciones en el aspecto de las articulaciones, como la coloración y el volumen, que combinado con la palpación de la temperatura de la piel nos permite identificar los signos típicos de la inflamación aguda: *rubor*, o enrojecimiento de la piel que cubre la zona inflamada y es producto de la hiperemia; *calor*, producido por ese aumento de la vascularización propio de los procesos inflamatorios; *tumor*, debido al edema de la zona lesionada, y por último *dolor*.

Dado que el dolor es uno de los principales limitantes de la movilidad articular debemos distinguir entre el dolor a la movilización y el dolor al tacto, precisando la localización exacta del mismo (extraarticular, epífisis ósea, bolsa serosa, tendón, inserción tendinosa, músculo, paquetes adiposos, piel o tejido subcutáneo). La palpación siempre se realizará valorando ambas zonas del cuerpo, es decir, de forma simétrica.

En la movilización articular debemos buscar limitaciones del arco de movimientos, distinguiendo entre la movilización pasiva (realizada por el profesional) y la activa (realizada por el paciente). La afectación de la pasiva casi siempre indica afectación articular. Si la limitación se produce en la movilización activa con la pasiva normal, se debe sospechar en la lesión de un nervio motor o lesión tendinosa[82].

2.2 VALORACIÓN NEUROLÓGICA

La motilidad del individuo es una función compleja, que aparte de requerir una adecuada funcionalidad del sistema musculoesquelético precisa una regulación adecuada del sistema nervioso motor. De él depende el tono y la fuerza muscular, la armonía y coordinación de los movimientos. Explorar estos elementos es importante para tener una valoración integral de la motilidad y todo ello se condensa en la exploración de la marcha, que permite integrar los sistemas musculoesquelético y nervioso en una sola acción.

2.2.1 TONO MUSCULAR

El tono muscular es un estado de semicontracción involuntaria, permanente y residual, que mantiene el equilibrio con el músculo antagonista. Las principales alteraciones del tono muscular son la *hipertonía* (aumento del tono muscular), y la *hipotonía* (disminución del tono muscular).

1) HIPERTONÍA

Puede cursar de dos formas:

A) Espasticidad, que es un aumento del tono persistente y se debe a lesiones de la motoneurona central (vía piramidal). Hay una resistencia al estiramiento pasivo que aumenta según progresa la maniobra, para volver a la posición inicial al cesar la tracción (fenómeno de la *navaja de muelle*). Afecta principalmente a músculos antigravitatorios (flexores de las extremidades superiores y extensores de las inferiores).

B) *Rigidez,* que supone un aumento del tono en todo el arco de movimientos, afectando igual a flexores y extensores y cuya causa son lesiones del globo pálido. Se produce el fenómeno de la *rueda dentada* en el que se nota a la exploración una resistencia intermitente como en escalones.

2) HIPOTONÍA

Se puede producir por lesión del arco reflejo medular o lesiones centrales.

A) *Periférica*. Se da en lesión a cualquier nivel del arco reflejo medular (vía aferente, eferente u órgano efector). En este caso hay una disminución o abolición de los reflejos profundos a nivel segmentario.

B) *Central*. Se produce por lesiones cerebelosas y extrapiramidales que afectan al neoestriado (putamen y núcleo caudado), así como en las vestibulares centrales. En este caso no hay disminución de reflejos profundos[84].

2.2.1.1 EXPLORACIÓN DEL TONO MUSCULAR

En la inspección se observan desviaciones de los segmentos corporales debido a la ruptura del equilibrio existente entre los diversos músculos y el tono de los antagonistas. El músculo hipotónico se observa aplanado.

La palpación es la mejor forma de explorar el tono, pues permite abarcar y presionar con la mano la masa de músculos, encontrando en la hipertonía un músculo turgente y duro y en la hipotonía blando, laxo y flácido.

Con la movilización pasiva se puede valorar si existe resistencia para su ejecución y hay limitaciones en su amplitud, como ocurre en las hipertonías, o por el contrario si al levantar un miembro cae por la acción de la gravedad, se ejecuta con gran facilidad y con amplitud exagerada como ocurre en las hipotonías.

2.2.2 FUERZA MUSCULAR

Las alteraciones de la motilidad voluntaria toman diferentes nombres de acuerdo con el lugar y extensión de la parálisis.

En función del grado de afectación de la fuerza muscular:

- *Parálisis*: Imposibilidad de realizar movimientos. Es la pérdida completa de la contracción voluntaria de un músculo.
- *Paresia:* Defecto o dificultad de realizar movimientos.

Según la zona afectada:

- *Monoplejía:* Parálisis de un miembro.
- *Hemiplejía:* Parálisis de la mitad del cuerpo.
- *Paraplejía:* Parálisis de las extremidades inferiores.
- *Tetraplejía:* Parálisis de las cuatro extremidades.

Las causas pueden ser lesiones a cualquier nivel de la vía piramidal (desde la corteza cerebral, pasando por la médula o plexos y raíces nerviosas, hasta los músculos) y también puede haber causas de naturaleza psicológica. Las parálisis más extensas suelen ser aquellas que afectan a la médula (donde pequeñas lesiones provocan parálisis o paresias en zonas amplias), ya que, para provocar similares extensiones, por ejemplo, en la corteza cerebral se precisarían lesiones mucho más amplias.

2.2.2.1 EXPLORACIÓN DE LA FUERZA MUSCULAR

Cuando en el paciente se observan alteraciones importantes de la fuerza muscular se puede realizar una valoración de la fuerza global de grandes extensiones corporales mediante maniobras como la de Mingazzini o Barré.

- En la *maniobra de Mingazzini* se coloca al paciente en decúbito supino; los muslos flexionados en ángulo recto sobre la pelvis, y las rodillas flexionadas, también en 90º, manteniendo las piernas en horizontal. En esta posición tiene más dificultades para mantenerse horizontal el lado parético.
- La *maniobra de Barré* consiste en pedir al paciente que mantenga los brazos extendidos hacia adelante, o subiéndoselos la enfermera, considerándose positiva la prueba cuando el brazo del lado afectado no puede levantarse o una vez arriba se cae. También hay una versión para los miembros inferiores, colocando al paciente en decúbito prono con los miembros flexionados en ángulo recto a nivel de las rodillas, quedando las dos piernas verticales: oscila y cae el pie del lado afectado.

Para una mayor precisión de la valoración, se valora la fuerza muscular de áreas más concretas, pidiendo al paciente que realice un movimiento y puntuando su respuesta en una escala del 0 al 5[zz], siendo:

- 0 la ausencia de contracción muscular, objetivada mediante palpación
- 1 para indicios de actividad muscular sin movimientos o incompletos que no alcanzan toda la amplitud del movimiento
- 2 para movimientos eliminando la gravedad, por ejemplo, pidiendo al paciente que realice movimientos en horizontal, que de esa manera consiguen alcanzar la amplitud completa de movimientos
- 3 son movimientos de amplitud completa contra la gravedad
- 4 cuando se realizan movimientos completos contra gravedad y con cierta resistencia
- 5 es una fuerza muscular normal.

2.2.3 REFLEJOS

Son una respuesta específica, generalmente motora, instantánea e involuntaria, a un estímulo sensitivo breve y enérgico. Existen dos grandes grupos de reflejos: los *tendinosos* o *profundos*, son monosegmentarios y constituyen el denominado reflejo miotático o de extensión, y los reflejos *cutáneos* o *superficiales*, que son reflejos de vías largas y representan reacciones de defensa o de retirada.

2.2.3.1 REFLEJOS PROFUNDOS

Para explorar los reflejos profundos se apoya la articulación de manera que el músculo esté relajado, y se da un golpe rápido, con el martillo de reflejos, sobre el tendón de músculo que se estudia. Para valorar la respuesta es necesario observar el segmento corporal que se desplaza o palpar el músculo del tendón estimulado.

zz Escala modificada de una desarrollada inicialmente por el Medical Research Council británico[126]

Cuando hay abolición de los reflejos se habla de *arreflexia*, si simplemente existe disminución *hiporreflexia*. Estas alteraciones significan lesiones del arco reflejo elemental, ya sea en la neurona aferente (sensitiva) o eferente (motora), o de miopatías. La *hiperreflexia* es una respuesta de exaltación y generalmente expresa una lesión de la vía piramidal.

Los reflejos tendinosos permiten explorar el segmento medular que inerva la zona explorada, siendo los más estudiados: el bicipital (C5, C6), tricipital (C6, C7, C8), rotuliano (L2, L3, L4) y aquíleo (S1).

2.2.3.2 *REFLEJOS SUPERFICIALES*

Los reflejos superficiales exploran vías nerviosas más complejas. Uno de los que más frecuentemente se valora es el *reflejo plantar*, que se explora presionando la cara lateral de la planta del pie desde el talón hasta la eminencia anterior del pie y las cabezas de los metatarsianos. La respuesta normal es la flexión plantar del primer dedo del pie. Cuando hay una lesión de la vía piramidal, o en los lactantes normales, se da el *signo de Babinski*, que consiste en la flexión dorsal del primer dedo con apertura de los otros dedos, en forma de abanico.

2.2.4 MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS ANORMALES

En determinadas situaciones se dan movimientos involuntarios de origen patológico. Algunos de los más frecuentes son[82]:

- *Discinesia*: Es el término que se emplea para designar cualquier movimiento anormal.
- *Mioclonías*: Sacudidas bruscas y arrítmicas por contracciones breves que afectan a partes de un músculo, a todo él o a varios músculos. Se debe a distintas lesiones del sistema nerviosos central.
- *Escalofrío*: Se caracteriza por una serie de contracciones clónicas de los músculos esqueléticos. Es fisiológico cuando se produce como respuesta a un cambio de temperatura. Los patológicos son de origen tóxico.
- *Tics*: Movimientos convulsivos, súbitos y estereotipados, limitados a un músculo o a un grupo sinérgico de músculos. Reproduce gestos o actos de la vida cotidiana, ej.: guiñar, girar la cabeza, tocarse la barbilla, etc. Pueden ser psicógenos u orgánicos, congénitos y a veces extrapiramidales.
- *Temblores*: Oscilaciones rítmicas, involuntarias, descritas parcial o totalmente por el cuerpo, alrededor de su posición de equilibrio en secuencia alternativa (pronación-supinación, flexión-extensión, etc. Movimientos que parecen imitar a "contar monedas" o "afirmar", "negar" con la cabeza.) y de modo duradero. Su etiología va desde las intoxicaciones, enfermedad de Parkinson, hasta la neurosis o la excitabilidad exagerada.
- *Corea*: Movimientos lentos, breves, irregulares, integrados en el movimiento normal.
- *Balismo*: Movimiento más amplio y brusco que el corea. Se debe a afectación de núcleos subtalámicos

2.2.5 EQUILIBRIO Y COORDINACIÓN

La coordinación o taxia, es una actividad motora refleja que permite ordenar de manera armónica los movimientos. Depende de la integridad del sistema vestibular, el cerebelo y la propiocepción y por último la vista; sistemas que participan activamente en la conservación del equilibrio y la coordinación.

2.2.5.1 TRASTORNOS DE LA COORDINACIÓN (ATAXIA)

La *ataxia* es un trastorno de la coordinación del movimiento en la que el enfermo no puede realizar con precisión y seguridad movimientos adecuados a su intención, pero no existe parálisis ni déficit de la capacidad motora. Se pueden describir tres tipos de alteraciones:

- *Asinergia*: Pérdida de la asociación en tiempo y espacio de los movimientos que componen un acto ordenado.
- *Dismetría*: Falta de medida en la extensión y precisión del movimiento, con desacierto en la consecución del movimiento ordenado.
- *Disdiadococinesia*: Dificultad en realizar movimientos rápidos alternativos (ej.: aplaudir).

También es importante diferenciar dos síntomas distintos y que el paciente suele denominar *mareo*:

- *Vértigo*: Es la sensación de giro de los objetos, incluso el paciente puede sentir que es él el que gira respecto del exterior. Cursa con náuseas, vómitos y sudoración. Su origen es vestibulocerebeloso. Es importante distinguir el vértigo de la ataxia de una inestabilidad
- *Inestabilidad*: Es la falta de seguridad con sensación de movimiento, pero sin giro de objetos.

En la exploración es de gran utilidad el *signo de Romberg*, que estudia la integridad de los sistemas vestibulocerebeloso, propiocepción y de la vista. Se valora pidiendo al paciente que mantenga la postura, o realice un movimiento simple como caminar hacia delante, con los ojos abiertos y cerrados. Si no es capaz de mantener la posición con los ojos cerrados la lesión se encontrará a nivel vestibular o de la propiocepción. Si no puede mantener la posición con los ojos abiertos probablemente la lesión sea cerebelosa.

Otra técnica de exploración son los *ejercicios de Fournier* o pruebas de reconocimiento precoz de la ataxia, en los que se pide al paciente sentarse y levantarse; hacer que camine en línea recta hacia delante y hacia detrás, y ello con los ojos abiertos y cerrados.

Otras pruebas más específicas para valorar a los pacientes atáxicos son:

- *Prueba dedo-nariz*: Con los brazos previamente extendidos, consiste en acertar con el índice, en la punta de la nariz, realizándolo con los ojos abiertos y cerrados. El paciente con dismetría al final de la acción realiza una serie de movimientos anómalos antes de posarse en la nariz.
- *Prueba talón-rodilla*: Se pide al enfermo que, con los ojos cerrados, se coloque en decúbito supino y que se toque con un talón la rodilla del miembro opuesto.
- *Exploración de la asinergia*: Con el paciente de pie se le indica que se agache o se incline hacia atrás; el paciente asinérgico no levanta los talones como lo haría un paciente normal, sino que flexiona el tronco o pierde el equilibrio y cae hacia atrás.
- *Exploración de la disdiadococinesia*: Se explora mediante la "prueba de la marioneta", que consiste en hacer al paciente girar ambas manos rápida y simultáneamente en movimientos de pronación y supinación, apreciándose un defecto o imposibilidad para realizar estos movimientos en el lado afecto.

2.2.6 MARCHA

La marcha es una función automatizada en la que intervienen todos los sistemas implicados en la movilidad y que regulan el tono y la fuerza muscular, la coordinación y el equilibrio o la armonía y ritmo del movimiento. Para explorarla es necesario fijarse en el balanceo rítmico de los brazos, si mueve simétricamente las extremidades, experimenta desviación en el recorrido, se altera la marcha al cerrar los ojos, muestra dificultad al subir escaleras y si ejecuta con normalidad cambios bruscos de dirección a una señal convenida.

Existen varios tipos de marcha, dependiendo de la lesión del sistema nervioso que tenga el paciente. Algunas de las más frecuentes son:

Marcha atáxica cerebelosa: Surge por la dificultad de coordinar los movimientos de las piernas con el balanceo del cuerpo. El paciente anda con la base de sustentación ensanchada y los brazos en abducción como actuando de balancín. Camina titubeando hacia los lados si la lesión es bilateral, en zigzag, y mirando mucho a los pies, aunque no consigue corregir la ataxia como ocurre con los tabéticos[aaa], que pueden disimularla. El paciente parece como si estuviese "ebrio". Presentan pulsaciones múltiples con hipotonía y temblores y menos positividad del Romberg que los enfermos tabéticos y vestibulares. Además, no suelen sentir vértigo.

Marcha espástica: Debido a la hipertonía de miembros inferiores el paciente no puede separar los pies del suelo; se producen pasos lentos, cortos, con dificultad, arrastrándolos ligeramente y balanceando el tronco para avanzar los miembros rígidos. Se da en afecciones bilaterales de la vía piramidal, paraparesia y paraplejía espástica.

Marcha hemipléjica: Debido a la hipertonía en extensión del miembro inferior y la consiguiente dificultad para doblar la rodilla, el hemipléjico marcha con la pelvis, describiendo círculos con la pierna paralizada (marcha del segador o guadañero). A esto le acompaña la inspección general donde se observa la característica flexión del miembro superior afecto.

Marcha parkinsoniana: Al paciente le cuesta dar los primeros pasos, para comenzar despacio e ir acelerando progresivamente hasta el punto de que, en casos extremos, le cuesta parar. Mantiene los brazos inmóviles, semiflexionados y adosados al cuerpo, no realizando el balanceo de los brazos (movimiento automático fisiológico) y anda como en una sola pieza (envarado). A esto le acompaña la cabeza y el tronco inclinados hacia adelante y la facies amímica, inexpresiva e indiferente.

3 RESPIRACIÓN

3.1 ENTREVISTA CLÍNICA

3.1.1 TOS

Es el síntoma más frecuente de afectación pulmonar. El reflejo tusígeno es el mecanismo más importante para mantener permeable el árbol traqueobronquial. Tiene un *centro tusígeno*, situado en el bulbo raquídeo, que recibe estímulos aferentes del cerebro (tos voluntaria) y de zonas tusígenas periféricas situadas principalmente en la pared posterior de la laringe, en la mitad inferior de las cuerdas vocales y en la tráquea y bronquios. Son también zonas tusígenas, aunque con menor densidad de receptores, la faringe, el conducto auditivo externo, el tímpano, la pleura, el vago a su paso por el mediastino y ciertos órganos situados en las regiones altas del abdomen. El parénquima pulmonar, por contra, carece de receptores tusígenos, lo que explica la presencia silenciosa de ciertas lesiones pulmonares. Una vez estimulado el centro de la tos este envía señales a los músculos torácicos y se produce una inspiración forzada (no indispensable) seguida de un cierre de la glotis; se produce un movimiento espiratorio brusco sin que se abra la glotis, lo que eleva considerablemente la presión intratorácica, llegando a 100 mmHg[bbb] o más; en este momento se abre la glotis y se eleva el velo del paladar, lo que impide el paso por las fosas nasales y permite la expulsión de aire violentamente a través de la boca, alcanzando

aaa La tabes dorsal es la lesión de los cordones posteriores de la médula espinal que conducen la sensibilidad propioceptiva.

bbb *Presión inspiratoria*: normal: -1 mmHg; máxima: -80 mmHg // *Presión espiratoria*: normal: +1 mmHg; máxima: 100 mmHg-

velocidades de unos 100 m/s (2,5 m/s en una espiración normal) y consiguiendo así el arrastre de secreciones y cuerpos extraños.

3.1.1.1 TIPOS DE TOS

Se pueden distinguir varias formas de tos que, aunque no tienen un gran valor diagnóstico sí son útiles al profesional de enfermería a la hora de valorar la situación del paciente y planificar y evaluar los cuidados prestados.

Tos seca: No existe emisión de esputo, por esta razón también se la denomina *no productiva*. Es una tos clara, de comienzo agudo. Se da principalmente en afecciones del parénquima pulmonar como en la bronquitis catarral simple, pleuritis, neumonía.

Tos crasa o húmeda: Es de timbre grave y burbujosa, que se convierte en *productiva* si hay expectoración, y suele reflejar inflamaciones o infecciones de las vías aéreas.

3.1.2 EXPECTORACIÓN

Es el acto de arrancar y arrojar por la boca las secreciones que se depositan en la laringe, tráquea y bronquios. Este producto se denomina *esputo.* En condiciones normales se produce una secreción de menos de 100 ml/24 horas que es deglutida inconscientemente. La producción anormal es consecuencia de aparición en las vías aéreas de ciertos factores agresivos como son el polvo, el frío, microorganismos patógenos, etc.

3.1.2.1 TIPOS DE ESPUTO

El esputo puede variar en cantidad, color y consistencia en función de los fenómenos que se producen en el interior de los bronquios. Por su utilidad clínica podemos distinguir varios tipos:

Mucoso: Esputo con abundante contenido en mucoproteínas y mucopolisacáridos. Suele presentarse en las fases de remisión de procesos inflamatorios traqueobronquiales.

Seroso: De escasa consistencia por predominio de la fase fluida del esputo, como ocurre en el edema pulmonar, en cuyo caso tendrá un color asalmonado si en el esputo hay presencia de hematíes. Suele formar espuma.

Purulentos: Suele ser de características serosas. De color amarillo o verdoso y se debe a infección a nivel traqueobronquial o pulmonar (bronquitis aguda, tuberculosis incipiente). El olor fétido de los esputos suele caracterizar a las infecciones por agentes anaerobios.

Hemáticos: Se denomina *hemoptisis* y es la presencia de sangre en el esputo en cantidad variable, desde pequeñas trazas de sangre en un esputo o la salida en bocanadas. Su color va desde el *rojo vivo y brillante*, por sangrados recientes y abundantes de vasos sanguíneos grandes hacia las vías aéreas; pasando por el *rojo claro* en el edema pulmonar o en otros casos de sangrados recientes, pero de capilares, hasta el *rojo oscuro* cuando la sangre lleva más tiempo en el pulmón. Si el esputo hemático se mezcla con un esputo purulento, como se da en la neumonía neumocócica, el esputo es *herrumbroso* por su tono anaranjado.

La hemoptisis debe diferenciarse de la hematemesis (vómito de sangre); la primera se presenta con tos y antecedentes de enfermedad cardiopulmonar, produce esputo que suele ser espumoso, de color rojo vivo y acompañado de disnea, mientras que la hematemesis se inicia con náuseas y vómitos, con antecedentes de enfermedad digestiva, el vómito no es espumoso, suele acompañarse de alimentos y el color por lo general es más oscuro o negro, en posos de café.

3.1.3 DISNEA

Tal como indica su etimología, disnea es la *"dificultad para respirar"* y se define como la *sensación subjetiva de la falta de aire*. La persona percibe conscientemente y de manera molesta el proceso de la respiración, ya que requiere un mayor esfuerzo de los músculos respiratorios. Se manifiesta por alteraciones en los movimientos respiratorios, con modificaciones en la frecuencia, amplitud, ritmo y duración de las fases inspiratoria y espiratoria.

El paciente puede requerir adoptar la posición de semisentado o sentado para favorecer el descenso del diafragma y ayudarse de los músculos respiratorios auxiliares que se insertan en la cintura escapular. La disnea que obliga a adoptar esta posición se denomina *ortopnea* y en estos casos el paciente debe dormir con el cabecero de la cama inclinado entre 30º y 60º para favorecer la respiración.

Según se relacione la disnea con la actividad física podemos distinguir dos tipos:

- *Disnea de esfuerzo*: sobreviene cuando el paciente incrementa el trabajo muscular, lo que produce un aumento de la demanda de O_2.
- *Disnea de reposo*: la disnea se produce en reposo, sin necesidad de aumentar las demandas de O_2.

3.1.3.1 ETIOLOGÍA DE LA DISNEA

La disnea puede producirla *respirar aire pobre en oxígeno* o *rico en anhidrido carbónico (CO_2)* con aumentos de apenas un 3%. Las patologías que más frecuentemente causan disnea son las *enfermedades respiratorias*, que se caracteriza por una disnea de esfuerzo que suele permitir dormir con una almohada. Cuando el *origen es cardiaco*, la disnea suele comenzar con disnea de esfuerzo*,* pero conforme avanza la cardiopatía suele hacerse de reposo. La disnea sobreviene porque el ventrículo izquierdo es insuficiente para expulsar de manera eficaz la sangre hacia la aorta, como consecuencia se produce un aumento de la presión en aurícula izquierda, venas y capilares pulmonares. Este aumento de la presión hidrostática en los capilares pulmonares provocará un edema en el tejido pulmonar que dificultará la difusión de gases y la distensibilidad pulmonar. Si el fenómeno progresa el edema puede ocupar los alveolos disminuyendo el contenido aéreo e incrementando la disnea.

La *anemia* es otra causa frecuente de disnea, por la disminución de la cantidad de hemoglobina. Una disnea grave es la producida por *acidosis metabólica*, situación en la que se produce en la sangre un aumento de hidrogeniones (H^+); para compensarlo se pone en marcha una reacción de amortiguación en la que el ion bicarbonato (CO_3H^-) se une a los H^+ para producir ácido carbónico [$CO_3H^- + H+ \leftrightarrow CO_3H_2$]. Para mantener el equilibrio electrolítico se descompone el ácido carbónico en CO_2 y agua [CO3H2 ↔ CO2 + H2O] y da lugar a disnea. Este tipo de disnea genera un patrón respiratorio muy característico que se denomina *respiración de Kussmaul* y se desarrolla con inspiraciones profundas seguidas de espiraciones rápida y separadas entre ambas por pausas.

Alteraciones del encéfalo pueden producir disnea si afectan al centro de la respiración. También se puede producir en los *estados emocionales* violentos como el temor, la angustia o la ira.

3.2 EXPLORACIÓN FÍSICA

3.2.1 INSPECCIÓN

El orden clásico de la exploración física siempre comienza con la *inspección general* del paciente y esta se inicia valorando aspectos generales que puedan traducir trastornos del patrón

respiratorio. A este nivel, apenas dos signos generales se presentan en este patrón: cianosis y acropaquía.

La *cianosis*, como se ha visto en el tema 19 de valoración del patrón 2, es la coloración azulada de la piel y mucosas que es debida habitualmente al aumento de hemoglobina reducida (> 5 g/100 ml). Es una *cianosis central* (labios, lóbulos de las orejas, punta de la nariz, pómulos, mejillas, lengua, extremidades distales de los dedos y lecho ungueal) ya que se produce como consecuencia de un defecto en la oxigenación de la sangre.

La *acropaquía* o *"dedos en palillo de tambor"* o *"dedos hipocráticos"* son un aumento del tamaño del extremo distal de los dedos. Es bilateral y simétrica, aunque puede estar acentuado en un lado coincidiendo con la localización de una neoplasia pulmonar o con la presencia de un aneurisma en el cayado de la aorta.

Tras la inspección general se procede a una *inspección local* del tórax. Se valora la presencia de deformidades del tórax, entre las que destacamos el *tórax cifoescoliótico*, que pueden comportar dificultades en la expansión de los pulmones, incluso alterar la posición del corazón y grandes vasos.

Se desarrolla a continuación la *inspección dinámica* donde se valoran los movimientos respiratorios analizando su frecuencia, ritmo, amplitud y simetría. La disnea se manifiesta por anomalías en los movimientos respiratorios, en la frecuencia, amplitud, ritmo y duración de las fases inspiratoria y espiratoria.

3.2.1.1 FRECUENCIA RESPIRATORIA

La respiración normal permite mover un volumen corriente en reposo de aproximadamente 500 cc/min y a frecuencia entre 12 y 20 respiraciones/min. La respiración es una sucesión rítmica de movimientos que alternan la inspiración con la espiración, de manera que para medir *una respiración* hay que considerar el *conjunto completo de inspiración-espiración*. La medición de la frecuencia respiratoria se hace contabilizando, mediante observación visual o auscultación, los movimientos respiratorios completos en 1 minuto, para comprobar también el ritmo y la profundidad.

Las alteraciones de la frecuencia y profundidad se designan de la siguiente manera:

- *Taquipnea*: Aumento de la frecuencia respiratoria
- *Batipnea*: Aumento de la profundidad de la respiración.
- *Bradipnea*: Disminución de la frecuencia respiratoria
- *Respiración superficial*: Disminución de la profundidad de movimientos respiratorios.

3.2.1.2 RITMO

En condiciones normales los movimientos respiratorios se producen de forma rítmica; las principales alteraciones del ritmo que aquí se tratarán son la respiración de *Cheyne-Stokes* y la respiración de *Biot* (Prieto Valtueña).

La *respiración de Cheyne-Stokes* (*clicopnea* o respiración periódica). Se caracteriza por una fase de apnea de 10-70 segundos seguida de respiraciones superficiales que van creciendo hasta un máximo, volviendo a decrecer hasta llegar a otra fase de apnea; continuando así periódica y rítmicamente. Se produce cuando hay un déficit irrigatorio cerebral e hipoexcitabilidad del centro de la respiración (CR). Al disminuir la sensibilidad del CR, éste sólo responde a pCO_2 elevadas. Al aumentar el CO_2 en apnea, se estimula el CR y aparecen un ciclo de respiraciones, las cuales acaban eliminando el CO_2 y por consiguiente disminuye el estímulo hasta el nuevo período de apnea. Se observa esta respiración en la insuficiencia cardiaca izquierda y en la arteriosclerosis

que afecta a los centros bulbares; en la hipertensión endocraneal; en la intoxicación por opiáceos y barbitúricos; en el bloqueo atrioventricular; en la agonía, y a veces en el sueño normal.

La *respiración de Biot* se caracteriza por fases de apnea desiguales y más bien largas, seguidas de unos pocos movimientos respiratorios rítmicos, aunque de profundidad variable. Se cree que puede responder a una alteración funcional de circuitos neuronales que conectan entre sí los componentes del CR. Se presenta en meningitis graves, tumores, hematomas extradurales y en general en estados preagónicos.

3.2.2 PALPACIÓN DEL TÓRAX

La palpación tiene por finalidad localizar puntos dolorosos, valoración de anomalías anteriormente observadas; comprobación de la movilidad torácica; vibraciones vocales, y localización de adenopatías[ccc].

La valoración de la *excursión respiratoria* se explora con el paciente sentado y el profesional situado detrás de él, cogiéndole por los hombros, sobre las clavículas y colocados los dedos a nivel de la séptima vértebra cervical; en esta posición se pide al paciente que respire tranquila y profundamente. La exploración de las bases consiste en colocar los pulgares aproximadamente en la décima costilla y paralelos a ella y con la mano bordeando el tórax. Tanto en los vértices como en las bases se observa el desplazamiento de las manos en la expansión torácica, y se valora la simétrica del movimiento de ambos hemitórax.

3.2.3 PERCUSIÓN TORÁCICA

El sonido típico del pulmón es la *resonancia pulmonar*, un sonido fuerte, de duración larga, tono bajo; intermedio entre el timpanismo y la matidez total y que se puede reproducir al percutir un pan tierno. Este sonido se obtiene en la cara anterior del pulmón derecho hasta la V costilla en la que disminuye la sonoridad y se eleva el tono (submatidez hepática), debido a la presencia del hígado y la disminución de la lámina del pulmón, llegando hasta la matidez absoluta. En el pulmón izquierdo el sonido claro pulmonar se pierde desde el II espacio intercostal debido a la presencia del corazón y grandes vasos; existiendo una matidez relativa. En el límite inferior del pulmón izquierdo existe una zona hipersonora y timpánica que corresponde a la cámara gástrica, extendiéndose hasta el reborde costal.

3.2.4 AUSCULTACIÓN

La auscultación pulmonar consiste en la audición de los ruidos producidos por el pulmón. Se realiza mediante un estetoscopio sobre la pared torácica; escuchando al menos una respiración completa, y siguiendo un orden que permita comparar los dos campos pulmonares[82].

3.2.4.1 AUSCULTACIÓN NORMAL

Los ruidos que se perciben al auscultar un pulmón sano son el *soplo bronquial, glótico o tubárico* y el *murmullo vesicular*.

Soplo glótico o bronquial: se obtiene al auscultar laringe, tráquea o grandes bronquios. Se imita aspirando y espirando fuertemente con la boca dispuesta para pronunciar la "j". La causa de este sonido son los remolinos de aire que se producen al atravesar la estrechez glótica. Es más intenso en espiración porque la glotis se estrecha más.

ccc Inflamación de los ganglios linfáticos.

La percepción de la "respiración bronquial" es normal al auscultar la laringe, tráquea o bifurcación bronquial, pero al auscultar el pulmón desaparece para ser sustituida por el murmullo vesicular.

Murmullo vesicular: es el sonido normal que produce la distensión alveolar al entrar el aire en ellos; por eso se escucha mejor, más fuerte, en inspiración. Se percibe en todas las partes del pulmón que están en contacto con la pared torácica, especialmente en la axila, debajo de la clavícula y en la región infraescapular.

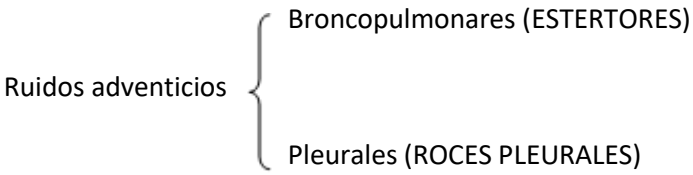
3.2.4.2 AUSCULTACIÓN DE RUIDOS ANORMALES

A SOPLOS RESPIRATORIOS

En circunstancias en las que el tejido pulmonar interpuesto entre la glotis y la pared torácica deja de ser normal (bronquio dilatado, zona de hepatización [zona del pulmón sin aire, formado por alvéolos llenos de exudado fibrinoso coagulado, típico de la neumonía], cavidad en parénquima, o de agua o gas entre ambas hojas pleurales) en vez de oírse el murmullo vesicular, se percibe el *soplo glótico*.

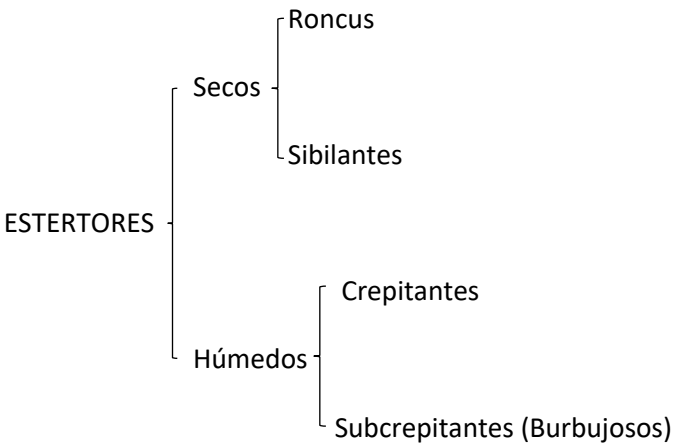
B RUIDOS RESPIRATORIOS ADVENTICIOS

Son ruidos anormales sobreañadidos al murmullo vesicular y comprenden los *estertores*, que son de origen broncopulmonar, y los *roces pleurales*, cuyo origen es obviamente pleural.



ESTERTORES

Los estertores pueden ser divididos en secos o húmedos, según el mecanismo de producción de éstos:



Estertores secos

Son ruidos producidos al paso del aire que encuentra obstáculos debidos a alteraciones bronquiales o vesiculares. Cubren los dos tiempos de la respiración

Roncus: Son como ronquidos profundos, de tono grave, producidos en bronquio grueso.

Sibilantes: Son silbidos producidos al paso del aire por bronquio fino, que está ocupado por tumefacción o secreción mucosa. Son de tonalidad alta. Estos estertores también se llaman *piantes* si dan la sensación auditiva de piar de pájaro.

Estertores húmedos

Se deben al estallido de las burbujas que el aire de la respiración produce al atravesar los bronquios, cavernas o alvéolos con sustancias líquidas o semilíquidas muy fluidas.

Crepitantes: Lluvia de pequeñísimos chasquidos, como el chisporroteo de sal en el fuego. Se imitan restregando un mechón de cabello entre los dedos. Son ruidos inspiratorios y de origen exclusivamente alveolar por lo que se perciben exclusivamente en inspiración; cuando el aire entra en el alvéolo y rompe la burbuja de líquido que contiene.

Subcrepitantes: También denominados burbujosos. Dan la sensación de burbujas de aire que se deshacen en un líquido. Según se recoja la sensación de romper vesículas de tamaño pequeño, mediano o grande, hablamos de subcrepitantes de pequeñas, medianas o grandes burbujas. Se perciben en los dos tiempos de la respiración y generalmente son más intensos en inspiración. Se modifican e incluso desaparecen momentáneamente con la tos.

ROCES PLEURALES

Se producen cuando se deslizan entre sí las dos hojas pleurales que por procesos inflamatorios han perdido su lisura normal. Son superficiales; más notorios al final de la inspiración, aunque son audibles en los dos tiempos; no se modifican con la tos y sí con la presión del estetoscopio o en posiciones forzadas que favorecen el contacto de las dos hojas pleurales. Se perciben más en las partes inferiores del pulmón, desde la IV vértebra dorsal hacia abajo, ya que en esas zonas la excursión pulmonar es más amplia. Dan la sensación auditiva de pisar nieve recién congelada o del chirriar de zapatos nuevos. Se imitan bien rozando un pelo sobre el diafragma del estetoscopio o frotando los nudillos de una mano con el pulpejo de los dedos de la otra.

4 VALORACIÓN DE OTROS ASPECTOS RELACIONADOS CON LA ACTIVIDAD Y EL EJERCICIO

4.1 VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Uno de los focos de atención principal de la Enfermería es valorar el nivel de dependencia de la persona para realizar aquellas tareas rutinarias que ejecutamos diariamente de manera autónoma y que nos hacen mantener el equilibrio orgánico y nuestras relaciones sociales, tareas que denominamos Actividades de la Vida Diaria (AVD)ddd. Este aspecto del cuidado de la salud es un elemento central de la valoración enfermera, como lo ponen de manifiesto gran parte de las teorías enfermeras y en especial las integradas en la Escuela de Necesidades.

ddd *Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)* son las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas (Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE núm. 299, de 15 de diciembre de 2006).

4.1.1 NIVEL FUNCIONAL DE MARJORY GORDON

En los años setenta del siglo XX Marjory Gordon propuso una valoración del *nivel funcional*[1] basado en una escala en la que la enfermera indica la capacidad percibida o demostrada por el paciente para actividades de autocuidado como alimentarse, bañarse, vestirse, acicalarse, moverse en cama, movilidad general, cuidarse, comprar, cocinar, mantener el hogar. En la entrevista se pregunta al paciente por esas actividades y cada una de ellas se puntúa en función de su nivel de autocuidado:

Nivel 0: completo autocuidado

Nivel 1: Necesita el uso de un equipo o dispositivo

Nivel 2: Necesita ayuda o supervisión de otra persona

Nivel 3: Necesita ayuda de otra persona y equipo o dispositivo

Nivel 4: Es dependiente y no colabora

4.1.2 ÍNDICE DE BARTHEL

Es un cuestionario heteroadministrado de 10 ítems que pueden obtener puntuaciones en un rango que va del 0 al 100, siendo 0 la persona completamente dependiente y 100 la persona completamente independiente. Una vez valorados todos los ítems se suman las puntuaciones y se determina el nivel de dependencia según una de las 5 categorías que figuran al pie de la tabla[101,102]:

Tabla 15.1: Índice de Barthel

ÍNDICE DE BARTHEL		
Comer	Incapaz	0
	Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	5
	Independiente (la comida está al alcance de la mano)	10
Trasladarse entre la silla y la cama	Incapaz. No se mantiene sentado	0
	Necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado	5
	Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	10
	Independiente	15
Asea personal	Necesita ayuda con el aseo personal	0
	Independiente para lavarse la cara. las manos y los dientes, peinarse y afeitarse	5
Uso del retrete	Dependiente	0
	Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo sólo	5
	Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10
Bañarse/ducharse	Dependiente	0
	Independiente para bañarse o ducharse	5
Desplazarse	Inmóvil	0
	Independiente en silla de ruedas en 50 m	5
	Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	10
	Independiente al menos 50 m. con cualquier tipo de muleta, excepto andador	15
Subir y bajar escaleras	Incapaz	0
	Necesita ayuda física o verbal. Puede llevar cualquier tipo de muleta	5
	Independiente para subir y bajar	10
Vestirse y desvestirse	Dependiente	0
	Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda	5
	Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	10
Control de heces	Incontinente (o necesita que le suministren enema)	0
	Accidente excepcional (uno/semana)	5
	Continente	10
Control de orina	Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	0

ÍNDICE DE BARTHEL		
	Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)	5
	Continente, durante al menos 7 días	10
NIVELES DE DEPENDENCIA • 0-20 dependencia total • 21-60 dependencia severa • 61-90 dependencia moderada • 91-99 dependencia escasa • 100 independencia		

4.1.3 ÍNDICE DE KATZ

Es un cuestionario heteroadministrado de 6 ítems (baño; vestido; uso del wc; movilidad; continencia; alimentación), que se puntúa de forma dicotómica en cada actividad de la vida diaria, siendo 0 total independencia (ID) para realizar la actividad y 1cuando el paciente necesita ayuda o es totalmente dependiente (DP) tal como se indica en la tabla 25.3. La puntuación de 6 indica que el paciente es totalmente independiente; cualquier puntuación inferior es indicativo de deterioro funcional, y el 0 es la dependencia completa del paciente para las actividades de la vida diaria[102,103].

Tabla 15.2: Índice de Katz

ÍNDICE DE KATZ			
BAÑO	**ID**	• No recibe asistencia para el baño. • Necesita ayuda para lavar una parte del cuerpo (p. ej. espalda).	
	DP	No se puede bañar solo y necesita ayuda para lavar más de una parte del cuerpo y para entrar y salir de la bañera.	
VESTIDO	**ID**	Puede coger la ropa del armario y vestirse solo, excepto el calzado.	
	DP	No puede vestirse solo total o parcialmente.	
USO DEL WC	**ID**	• Va al baño sin ayuda de otra persona (puede utilizar bastón o silla de ruedas), maneja la ropa o el pañal y se asea los órganos excretores. • Recibe ayuda para ir al baño, pero maneja el pañal y se asea los órganos excretores.	
	DP	No puede ir al baño por sí mismo.	
MOVILIDAD	**ID**	Se levanta y se acuesta en la cama por sí mismo. Se levanta y se sienta en una silla por sí mismo.	
	DP	Necesita ayuda para moverse en la cama o en la silla. Necesita ayuda para uno o más desplazamientos.	
CONTINENCIA	**ID**	Controla totalmente los esfínteres.	
	DP	Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.	
ALIMENTACIÓN	**ID**	• Se alimenta solo. • Necesita ayuda para actividades como cortar carne.	
	DP	• Necesita ayuda para comer. • Se alimenta parcial o totalmente con nutrición enteral o parenteral.	

Katz establece ocho *niveles de dependencia* en función de las puntuaciones obtenidas en la tabla:

A. Independencia para realizar todas las AVD.
B. Independencia para realizar todas las AVD menos una.
C. Independencia para todas las AVD menos el baño y otra.
D. Independencia para todas las AVD menos baño, vestido y otra.
E. Dependencia para el baño, vestido, uso del WC y otra.
F. Dependencia para el baño, vestido, uso del WC, movilidad y otra.
G. Dependencia para todas las AVD.
H. Dependencia para dos AVD, pero no clasificables en C, D, E y F.

4.2 VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDA

El riesgo de caídas ha sido valorado en el patrón 1 desde que Marjory Gordon propuso los Patrones Funcionales de Salud y en ese patrón se incluían los riesgos generales para la salud del paciente. En la actualidad, incluimos el riesgo de caídas en el patrón 4 para ser coherentes con la propuesta de NNN_Consult que clasifica el diagnóstico de riesgo de caídas en el adulto dentro de este patrón.

Según la Organización Mundial de la Salud *las caídas son sucesos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en el suelo o en otra superficie firme que lo detenga*[104]. Las caídas suponen un importante problema de salud pública. Son consideradas como la segunda causa mundial de muerte por traumatismos involuntarios, siendo los mayores de 60 años quienes sufren más caídas mortales. Aunque las caídas se pueden producir en cualquier circunstancia, la edad, el sexo y el estado de salud pueden influir en el tipo de caída y en sus consecuencias. Otros factores, que pueden estar ligados a los anteriores son condiciones laborales peligrosas; consumo de alcohol o de sustancias; factores socioeconómicos, enfermedades como trastornos neurológicos, cardiopatías u otros problemas discapacitantes; efectos secundarios de los medicamentos: inactividad o alteraciones del equilibrio; problemas cognitivos, visuales y de movilidad o falta de seguridad del entorno, entre otros. La prevención irá dirigida a la educación, a procurar entornos seguros, a la investigación en este campo y al establecimiento de estrategias eficaces para reducir los riesgos.

4.2.1.1 VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS

Para la evaluación del riesgo de caídas se usan distintas herramientas como escalas de valoración. Una de las más utilizadas es la escala de Downton que incluye los siguientes parámetros: caídas previas, medicamentos considerados de riesgo para las caídas, déficits sensoriales, estado mental y deambulación. Cada uno de estos parámetros consta de varios ítems que se puntúan con 0 o 1. Un valor de 2 o más indica un paciente con riesgo de caídas.

Tabla 15.3: Escala de Downton

ESCALA DE DOWNTON		
RIESGO >2 PUNTOS		
CAÍDAS PREVIAS	No	0
	Si	1
MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes - Sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
DÉFICITS SENSORIALES	Ninguno	0
	Alteraciones Visuales	1
	Alteraciones Auditivas	1
	Extremidades (ictus…)	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0
	Confuso	1
DEAMBULACIÓN	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda / sin ayuda	1
	Imposible	1

XVI - PROBLEMAS DEL PATRÓN 4: ACTIVIDAD-EJERCICIO

Ramón del Gallego Lastra, Fernando Royo Moreno

1 DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LA MOVILIDAD

1.1 DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA

El **Deterioro de la movilidad física** [00085] se define como la *limitación del movimiento independiente e intencionado del cuerpo o de una o más extremidades*.

Factores relacionados	Características definitorias
• Ansiedad • Índice de masa corporal > percentil 75 apropiado según la edad y el sexo • Disfunción cognitiva • Creencias culturales respecto a la actividad aceptable • Disminución de la tolerancia a la actividad • Disminución del control muscular • Disminución de la fuerza muscular • Falta de uso • Apoyo del entorno inadecuado • Conocimiento inadecuado del valor de la actividad física • Masa muscular insuficiente • Resistencia física insuficiente • Rigidez articular • Malnutrición • Manifestaciones neurocomportamentales • Dolor • Pérdida de la condición física • Resistencia a iniciar el movimiento • Estilo de vida sedentario	• Alteración de la marcha • Disminución de las habilidades motoras finas • Disminución de las habilidades motoras gruesas • Disminución de la amplitud de movimientos • Dificultad para girarse • Implicarse en sustituciones del movimiento • Expresa malestar • Temblor inducido por el movimiento • Inestabilidad postural • Prolongación del tiempo de reacción • Enlentecimiento del movimiento • Movimientos espásticos • Movimientos descoordinados
Condiciones asociadas	
• Alteración de la integridad de la estructura ósea • Contracturas • Depresión • Discapacidades del desarrollo • Deterioro del metabolismo • Deterioro musculoesquelético • Enfermedades neuromusculares • Preparaciones farmacológicas • Restricción de la movilidad prescrita • Deterioro sensorioperceptivo.	

Los criterios de resultados que nos van a permitir medir la resolución del diagnóstico son **Ambular** [0200] definido como *acciones personales para caminar independientemente de un lugar a otro con o sin dispositivos de ayuda* y **Movilidad** [0208] *capacidad para moverse con resolución en el entorno independientemente con o sin mecanismo de ayuda*.

Las intervenciones principales para alcanzar los resultados esperados son **Fomentar la mecánica corporal** [140] *facilitar el uso de posturas y movimientos en las actividades diarias para evitar la fatiga y la tensión o las lesiones musculoesqueléticas* y **Terapia de ejercicios: ambulación** [0221] *estimular y ayudar al paciente a caminar para mantener o restablecer las*

funciones corporales autónomas y voluntarias durante el tratamiento y recuperación de una enfermedad o lesión.

Las actividades para Fomentar la mecánica corporal se inician determinando el grado de compromiso del paciente para aprender a utilizar posturas correctas, su conciencia sobre las propias anomalías musculoesqueléticas y los efectos potenciales de la postura y del tejido muscular y su nivel de comprensión acerca de la mecánica y ejercicios corporales (p. ej., demostración de técnicas correctas cuando se realizan actividades/ejercicios).

La enseñanza del paciente se inicia instruyéndole acerca de la estructura y funcionamiento de la columna vertebral y sobre la postura óptima para movilizar y utilizar el cuerpo evitando fatigas, tensiones o lesiones, siguiendo los principios de la mecánica corporal.

Por último, si es preciso, colaborar con un fisioterapeuta en el desarrollo de un plan para fomentar la mecánica corporal.

Las actividades de Terapia de ejercicios: ambulación requieren que el paciente vista prendas cómodas y use un calzado que facilite la deambulación y evite lesiones.

Al levantarle se colocará la cama a baja altura, si es posible. Se le anima a incorporarse, o se le ayuda, permaneciendo sentado en el borde de la cama unos instantes, en previsión de los efectos de la hipotensión ortostática y para facilitar los ajustes posturales.

Instruir al paciente sobre dispositivos de ayuda (bastón, muletas, andador o silla de ruedas, etc.) y técnicas de traslado y deambulación, según sus necesidades. Enseñarle a mantener una posición correcta durante el proceso de traslado. Ayudar al paciente en el traslado si es preciso, incluso utilizando un cinturón para hacer la deambulación más segura. Planificar con el paciente las distancias adecuadas para los ejercicios y fomentar el incremento paulatino de ésta y del nivel de autonomía del paciente.

Como en el caso anterior puede ser necesario consultar con el fisioterapeuta acerca del plan de deambulación.

1.2 DETERIORO DE LA MOVILIDAD EN LA CAMA

Deterioro de la movilidad en la cama [00091] se define como *limitación del movimiento independiente para cambiar de postura en la cama*.

Factores relacionados	Características definitorias
• Disfunción cognitiva • Disminución de la flexibilidad • Limitaciones del entorno • Deterioro del equilibrio postural • Ángulo de la cabecera inadecuado • Conocimiento inadecuado sobre estrategias de movilidad • Fuerza muscular insuficiente • Obesidad • Dolor • Pérdida de la condición física.	• Dificultad para pasar de la posición sentada con las piernas estiradas a supina • Dificultad para pasar de la posición prona a supina • Dificultad para pasar de la posición sentada a supina • Dificultad para alcanzar los objetos en la cama • Dificultad para cambiar de postura en la cama • Dificultad para regresar a la cama • Dificultad para rodar en la cama • Dificultad para sentarse en el borde de la cama • Dificultad para girarse de lado.
Población de riesgo	**Condiciones asociadas**
• Niños • Personas que experimentan reposo en cama prolongado • Personas en el período postoperatorio inmediato • Adultos mayores.	• Respiración artificial • Afección grave • Demencia • Tubos de drenaje • Deterioro musculoesquelético • Enfermedades neurodegenerativas • Enfermedades neuromusculares • Enfermedad de Parkinson

	• Preparaciones farmacológicas • Sedación.

NOC recomendado para la resolución del diagnóstico es **Posición corporal: autoiniciada** [0203] que se define como *acciones personales para cambiar independientemente de posición corporal con o sin dispositivo de ayuda*.

La intervención principal recomendada para resolver el problema es **Cambio de posición** [0840] definida como *colocación deliberada del paciente o de una parte corporal para favorecer el bienestar fisiológico y/o psicológico*.

Esta intervención se inicia con actividades explicándole al paciente que se le va a cambiar de posición y animándole a participar. Se le moverá en bloque, proporcionando un apoyo adecuado para el cuello, evitando dejarle en posición que le aumente el dolor y colocando una tabla para los pies, que evite la flexión plantar. Mientras se realiza la maniobra se le enseña a adoptar una buena postura y a utilizar una buena mecánica corporal mientras realiza cualquier actividad.

La colocación del paciente siempre mantendrá una posición de alineación corporal correcta, inmovilizando o apoyando la parte corporal afectada, si es el caso; para ello se utilizarán dispositivos adecuados para el apoyo de los miembros (rodillo de mano y rodillo para el trocánter).

En los casos en los que el paciente tenga dolor se premedicará antes del cambio de posición. Así mismo se vigilará el estado de oxigenación antes y después de la maniobra.

En los pacientes inmóviles se les cambiará de posición al menos cada 2 horas, según el programa específico, según corresponda.

Colocar los objetos de uso frecuente, el mando de la cama y de la luz, al alcance de la mano.

1.3 ESTILO DE VIDA SEDENTARIO

Estilo de vida sedentario [00168] *estilo de comportamiento adquirido que se caracteriza por actividades durante las horas activas que requieren la utilización de poca energía*.

Factores relacionados	Características definitorias
• Conflictos entre las creencias culturales y las prácticas de salud • Disminución de la tolerancia a la actividad • Dificultad para adaptar áreas para la actividad física • Excede el tiempo recomendado de uso de pantallas según la edad • Deterioro de la movilidad física • Interés inadecuado en la actividad física • Conocimiento inadecuado de las consecuencias del sedentarismo • Conocimiento inadecuado sobre los beneficios saludables asociados a la actividad física • Motivación inadecuada para la actividad física • Recursos inadecuados para la actividad física • Modelos de rol inadecuado • Apoyo social inadecuado • Habilidades inadecuadas para la gestión del tiempo • Entrenamiento inadecuado para el ejercicio físico • Autoeficacia baja • Baja autoestima • Afecto negativo hacia la actividad física • Dolor • Prácticas de crianza que inhiben la práctica de la actividad física por parte del niño • Percepción de discapacidad física	• La actividad física diaria media es inferior a la recomendada según el sexo y la edad • Escoge una rutina diaria con falta de ejercicio físico • No realiza ejercicio durante el tiempo libre • Expresa preferencia por una baja actividad física • Realiza la mayoría de las actividades en posición reclinada • Realiza la mayoría de las actividades en sedestación • Pérdida de la condición física

• Percepción de riesgo de seguridad	

Población de riesgo

- Adolescentes
- Personas > 60 años de edad
- Personas que viven en áreas urbanas
- Personas que viven en pareja
- Personas con alto nivel educativo
- Personas con alto estatus socioeconómico
- Personas con limitaciones significativas de tiempo
- Personas casadas
- Mujeres.

En una persona sedentaria un criterio de resultados que puede servir para el seguimiento de las situaciones más generales es el sugerido por Ackley y Ladwig, **Participación en el ejercicio** [1633], definido como *acciones personales para llevar a cabo un régimen autoplanificado, estructurado y repetitivo para mantener o elevar el nivel de condición física y la salud*.

Más allá de situaciones específicas, el cuidado básico que requiere una persona sedentaria es la intervención **Fomento del ejercicio** [0200] *"Facilitar regularmente la realización de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud"*.

En la valoración inicial de la persona debemos evaluar sus creencias sobre el ejercicio físico, las barreras para la actividad física, su nivel de motivación para iniciar y mantener un estilo de vida activo basado en un hábito de práctica de actividad física y conocer sus experiencias deportivas anteriores.

Ayudar y animar al individuo a empezar o continuar con un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades. Para ello se establecerán las metas a corto y largo plazo y se ayudará a la persona a integrar el programa de ejercicios en su rutina semanal. Para fomentar el programa puede ser interesante incluir a la familia/cuidadores del paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios.

Se informará al individuo acerca de los beneficios del ejercicio para la salud física, por sus efectos sobre la prevención y gestión de la cardiopatía, sobre la diabetes tipo 2 y el cáncer, pero también a nivel psicológico, al reducir síntomas de depresión, ansiedad, mejora de la concentración y el aprendizaje y sobre el bienestar general, tal como reconoce la OMS en sus Directrices sobre la actividad física y hábitos sedentarios[100]. En este informe la OMS recomienda entre 150 a 300 minutos semanales de actividad aeróbica[eee] para todos los adultos; las personas mayores de 65 años deben incorporar actividades físicas destinadas al equilibrio, la coordinación y el fortalecimiento muscular para mejorar la salud y prevenir caídas; los niños y adolescentes deben realizar una media de 60 minutos de actividad aeróbica moderada.

El diseño de los ejercicios adecuados puede requerir la colaboración con el médico y/o el fisioterapeuta.

Establecida la pauta de ejercicios se instruirá al individuo acerca de la frecuencia, duración e intensidad deseadas. Ayudará en el cumplimiento del programa la participación de la persona en el diseño y también el registro de un diario con los progresos (p. ej., estimación del aumento de la resistencia; pesajes semanales). Es importante también incluir en el plan las condiciones que justifiquen el cese o alteración del programa de ejercicios.

eee Ejercicios que implican consumo de oxígeno, lo que se consigue aumentando la frecuencia cardiaca y la respiración y que se produce cuando los grandes grupos musculares trabajan de manera rítmica durante largos periodos de tiempo.

1.4 RIESGO DE CAÍDAS DEL ADULTO

El diagnóstico enfermero Riesgo de caídas del adulto [00303] es definido por la NANDA-I como *Susceptibilidad del adulto de experimentar un evento que resulte en acabar echado en el suelo o en otro nivel inferior por descuido, que puede comprometer la salud.*

Factores de riesgo

- Altura del asiento del inodoro inapropiada
- Falta de atención a las mascotas
- Falta de barandas de seguridad
- Objetos fuera del alcance
- Asientos sin brazos
- Asientos sin respaldos
- Suelo irregular
- Entorno desconocido
- Uso de alfombras

Otros factores

- Dificultad para realizar las actividades de la vida diaria
- Dificultad para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria
- Factores identificados mediante una escala de valoración estandarizada y validada
- Levantarse por las noches sin ayuda
- Conocimiento insuficiente de los factores modificables
- Vestimenta inapropiada para la ambulación
- Calzado inapropiado.

Población de riesgo

- Personas en desventaja económica
- Personas > 60 años de edad
- Personas que experimentan hospitalización prolongada
- Personas en residencias geriátricas
- Personas en residencias de cuidados paliativos
- Personas en residencias de rehabilitación
- Personas en el período postoperatorio inmediato
- Personas que viven solas
- Personas que reciben cuidados domiciliarios
- Personas con antecedentes de caídas
- Personas con bajo nivel educativo
- Personas con sujeciones.

Condiciones asociadas

- Anemia
- Dispositivos de asistencia para la ambulación
- Depresión
- Enfermedades del sistema endocrino
- Prótesis en extremidades inferiores
- Lesión grave
- Trastornos mentales
- Enfermedades musculoesqueléticas
- Trastorno neurocognitivo
- Hipotensión ortostática
- Preparaciones farmacológicas
- Trastornos de sensibilidad
- Enfermedades vasculares.

Las interrelaciones NNN asocian tres criterios de resultados NOC a este diagnóstico: **Conducta de prevención de caídas** [1909] definido como *Acciones personales o del cuidador familiar para minimizar los factores de riesgo que podrían producir caídas en el entorno personal;* **Conocimiento: prevención de caídas** [1828] como *Grado de conocimiento transmitido sobre la prevención de caídas* y **Control del riesgo: caídas** [1939] cuya definición es: *Acciones personales para comprender, evitar, eliminar o reducir caídas.* En función de los factores de

riesgo, población y condicionantes se seleccionará el criterio de resultados cuyos indicadores permitan medir la resolución o control de dicho riesgo.

En cuanto a las intervenciones, se sugieren varias NIC con diferentes niveles de especificidad y complejidad, para adecuarse a las características del problema. Entre ellas la intervención **Prevención de caídas** [6490] definida como *Establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas*, puede estar indicada, de forma general, en la mayoría de las situaciones y ámbitos asistenciales.

Para valorar el riesgo de caídas es necesario identificar déficits cognitivos o físicos y conductas del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado. Revisar los antecedentes de caídas, así como las características del ambiente que puedan aumentar dicho riesgo (suelos resbaladizos y escaleras sin barandillas).

Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio al deambular proporcionará la información necesaria para sugerir cambios en la marcha, ayudar a la deambulación en personas inestables o proporcionar dispositivos de ayuda (bastón o andador para caminar)

Precauciones como bloquear las ruedas de las sillas, camas o camillas en la transferencia del paciente, colocar los objetos a su alcance sin que tenga que hacer esfuerzos o utilizar arandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama, entre otras, deberán tenerse en cuenta en el plan de cuidados.

Otras actividades como enseñar a utilizar los dispositivos de ayuda, controlar factores de riesgo relacionados con el orden, mobiliario, calzado o iluminación, o con las actividades de autocuidado también deberán contemplarse.

2 DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON EL AUTOCUIDADO

2.1 DÉFICIT DE AUTOCUIDADO EN LA ALIMENTACIÓN

Déficit de autocuidado en la alimentación [00102] *Incapacidad para comer de manera independiente.*

Factores relacionados	Características definitorias
• Ansiedad • Disfunción cognitiva • Disminución de la motivación • Disconfort • Limitaciones del entorno • Fatiga • Manifestaciones neurocomportamentales • Dolor • Debilidad	• Dificultad para llevarse los alimentos a la boca • Dificultad para masticar los alimentos • Dificultad para poner comida en el utensilio • Dificultad para manejar los utensilios • Dificultad para manipular los alimentos en la boca • Dificultad para abrir los contenedores • Dificultad para coger un vaso • Dificultad para preparar la comida • Dificultad para tomar por sí mismo una comida completa • Dificultad para comer por sí mismo de forma aceptable • Dificultad para deglutir alimentos • Dificultad para deglutir suficiente cantidad de alimentos • Dificultad para usar un dispositivo de asistencia.
Condiciones asociadas	
• Deterioro musculoesquelético • Enfermedades neuromusculares.	

NOC **Autocuidados: comer** [0303] *acciones personales para preparar e ingerir comida y líquidos independientemente, con o sin dispositivo de ayuda*.

Con las NIC **Alimentación** [1050] *proporcionar la ingesta nutricional al paciente que no pueda alimentarse por sí mismo* y **Ayuda con el autocuidado: alimentación** [1803] *ayudar a una persona a comer,* organizamos el plan de cuidados de un déficit de autocuidado para la alimentación.

Todos los planes de cuidados de los diagnósticos relacionados con el autocuidado se inician determinando el nivel de dependencia del paciente, para lo que se considerará, con carácter general, la edad, su cultura y la cantidad y tipo de ayuda que precisa. El objetivo de la valoración del nivel de autonomía es proporcionar exclusivamente la ayuda física necesaria para suplir sus carencias concretas, buscando aumentar paulatinamente su nivel de autonomía hasta que sea totalmente capaz de asumir el autocuidado.

La seguridad del paciente con déficit de autocuidado es un aspecto de la máxima importancia y para planificar medidas adaptadas a sus necesidades se debe valorar su función física, cognitiva y el historial de conducta. Con carácter general, en estos pacientes se debe colocar el interruptor de llamadas cerca de la cama y al alcance del paciente.

En el caso del déficit de autocuidado en la alimentación se establecerá con el paciente sus preferencias alimentarias, en cuanto a composición y orden de presentación, dentro de las posibilidades de la dieta prescrita. En casos necesarios se valorará la presencia del reflejo de deglución y la conservación del tusígeno. En caso necesario se le proporcionarán dispositivos adaptados para facilitar que el paciente se alimente por sí mismo (mangos largos, mangos con una circunferencia grande o pequeñas correas en los utensilios).

Favorece la alimentación disponer los alimentos de forma atractiva, incluso eligiendo platos de colores diferentes para ayudar a distinguir la comida, a la temperatura adecuada y cortados o pelados, si el paciente así lo precisa. Dar la oportunidad de oler las comidas puede estimular el apetito. Otro aspecto a considerar, en este sentido, es la creación de un ambiente placentero durante la comida, evitando malos olores y colocando cuñas, orinales y el equipo de succión fuera de la vista.

Antes de iniciar la alimentación se debe proporcionar una sensación de placer y relajación. Para ello es preferible que el paciente esté sentado, ya que esta posición induce sensación de relajación. También se debe proporcionar la analgesia necesaria a aquellos pacientes que tengan alguna molestia. La posición erguida es especialmente importante para pacientes con algún déficit en la deglución, colocándole con la cabeza y el cuello flexionados ligeramente hacia delante durante la alimentación.

Al iniciar la alimentación se coloca un babero al paciente, si así lo precisa. Se irá proporcionando la comida según las capacidades del paciente y así, por ejemplo, si el paciente tiene algún defecto visual se colocará la comida dentro de su campo visual y se describirá la ubicación de la comida en la bandeja; la comida se ha de colocar en el lado de la boca que no esté afectado por una lesión. Evitar distraer al paciente durante la deglución.

Durante la alimentación el profesional debe mantener una estrecha supervisión del proceso, prestando atención e interaccionando con el paciente de manera constante. El paciente debe comer sin prisas, lentamente. Se comprobará que no quedan restos de comida en la boca al final de cada porción y se pedirá al paciente que indique cuándo ha terminado. Si está fatigado se debe posponer la alimentación. Acompañar la comida con agua, evitando poner bebida o comida en la boca mientras se está masticando. Si fuera necesario se debe proporcionar una pajita con la bebida. Evitar disimular los fármacos con la comida.

En pacientes institucionalizados se les debe animar a tener interacción social comiendo en el comedor. También se debe animar a los familiares a participar en el proceso de alimentación, favoreciendo el mayor nivel de autonomía posible.

Tras la comida se facilitará la higiene bucal y se lavará la cara y las manos, si fuera necesario

2.2 DÉFICIT DE AUTOCUIDADO EN EL BAÑO

Déficit de autocuidado en el baño [00108] *deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades de higiene*.

Factores relacionados	Características definitorias
• Ansiedad • Disfunción cognitiva • Disminución de la motivación • Limitaciones del entorno • Deterioro de la movilidad física • Manifestaciones neurocomportamentales • Dolor • Debilidad	• Dificultad para acceder al baño • Dificultad para acceder a agua • Dificultad para secar el cuerpo • Dificultad para reunir los suministros del baño • Dificultad para regular el agua del baño • Dificultad para lavar el cuerpo
Población de riesgo	**Condiciones asociadas**
• Adultos mayores.	• Deterioro de la habilidad para percibir una parte del cuerpo • Deterioro de la habilidad para percibir relaciones espaciales • Enfermedades musculoesqueléticas • Enfermedades neuromusculares.

NOC **Autocuidados: baño** [0301] *acciones personales para lavar el propio cuerpo independientemente, con o sin dispositivo de ayuda* y **Autocuidados: higiene** [0305] *acciones personales para mantener la higiene corporal y un aspecto aseado independientemente, con o sin dispositivo de ayuda*.

El plan de cuidados que presentamos se basa en las **NIC Ayuda con el autocuidado: baño/higiene** [1801] *ayudar al paciente a realizar la higiene personal* y **Baño** [1610] *limpieza corporal con fines de relajación, limpieza y curación*.

El plan de cuidados se inicia con la valoración del nivel de dependencia del paciente, como ya se ha indicado en el diagnóstico anterior, y la preparación de un ambiente terapéutico que garantice una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada. Durante todo el proceso se valorará la integridad de la piel del paciente.

Se proporcionan los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño, champú, loción, etc.) y se colocan cerca del paciente, ya sea en la cabecera de la cama o en el baño, según su nivel de autonomía. Facilitar que el paciente se bañe él mismo, si es necesario proporcionando ayuda con la ducha en silla, bañera, baño con paciente encamado, ducha de pie o baño de asiento; lavar el cabello; cuidados perineales; cuidados de los pies; ayuda con el cepillado de los dientes, etc.

2.3 DÉFICIT DE AUTOCUIDADO EN EL VESTIDO

Déficit de autocuidado en el vestido [00109] *incapacidad para ponerse y quitarse la ropa independientemente*.

Factores relacionados	Características definitorias
• Ansiedad • Disfunción cognitiva • Disminución de la motivación	• Dificultad para escoger la ropa • Dificultad para abrochar la ropa • Dificultad para reunir la ropa • Dificultad para mantener el aspecto

• Disconfort • Limitaciones del entorno • Fatiga • Manifestaciones neurocomportamentales • Dolor • Debilidad	• Dificultad para coger la ropa • Dificultad para vestir la parte inferior del cuerpo • Dificultad para vestir la parte superior del cuerpo • Dificultad para vestir algunas prendas de ropa • Dificultad para retirar prendas de ropa • Dificultad para usar un dispositivo de asistencia • Dificultad para usar cremalleras
Condiciones asociadas	
• Deterioro musculoesquelético • Enfermedades neuromusculares.	

NOC **Autocuidados: vestir** [0302] *acciones personales para vestirse independientemente, con o sin dispositivo de ayuda*.

NIC **Vestir** [1630] *elegir, poner y quitar las ropas a una persona que no puede realizar tal actividad por sí misma* y **Ayuda con el autocuidado: vestirse/arreglo personal** [1802] *ayudar a un paciente con la ropa y el aspecto*.

En primer lugar, se identifican las áreas en las que el paciente necesita ayuda para vestirse así como cuestiones culturales o relacionadas con la edad que permitan fomentar el autocuidado. A continuación, se fomenta su participación en la elección de la vestimenta. Se procede vistiendo al paciente después de completar la higiene personal, fomentando el uso de dispositivos para el autocuidado si él no puede completar todas las actividades. Se inicia el proceso vistiendo antes la parte afectada, eligiendo prendas que no le aprieten, así como un calzado cómodo y que facilite una deambulación segura.

2.4 DÉFICIT DE AUTOCUIDADO EN EL USO DEL INODORO

Déficit de autocuidado en el uso del inodoro [00110] *incapacidad para llevar a cabo de manera independiente las actividades relacionadas con la eliminación intestinal y urinaria*.

Factores relacionados	Características definitorias
• Ansiedad • Disfunción cognitiva • Disminución de la motivación • Limitaciones del entorno • Fatiga • Deterioro de la movilidad física • Deterioro de la habilidad para la traslación • Manifestaciones neurocomportamentales • Dolor • Debilidad	• Dificultad para completar la higiene en el inodoro • Dificultad para tirar de la cadena del inodoro • Dificultad para manipular la ropa para ir al inodoro • Dificultad para alcanzar el baño • Dificultad para levantarse del inodoro • Dificultad para sentarse en el inodoro
Condiciones asociadas	
• Deterioro musculoesquelético • Enfermedades neuromusculares.	

NOC **Autocuidados: uso del inodoro** [0310] *acciones personales para utilizar el inodoro independientemente con o sin dispositivo de ayuda*.

Para el plan de cuidados se emplean las NIC **Ayuda en el autocuidado: micción/defecación** [1804]: *ayudar a otra persona en las eliminaciones* y Manejo ambiental [6480]: *manipulación del entorno del paciente para conseguir beneficios terapéuticos, interés sensorial y bienestar psicológico*.

Tras valorar las capacidades del paciente se le proporcionarán los cuidados según su grado de dependencia. Si es necesario se le ayuda a quitar la ropa esencial para permitir la eliminación y la colocación en el inodoro, inodoro portátil, cuña u orinal, todo ello con el máximo respeto a su intimidad personal.

Si el paciente tiene cierto grado de autonomía se le proporcionarán los dispositivos de ayuda necesarios (catéter externo u orinal), disponiéndolo cerca del paciente y en lugares a los que tenga acceso cómodo y seguro.

Si puede desplazarse al inodoro se eliminarán los factores de peligro del ambiente (alfombras o mantas sueltas y muebles pequeños, móviles), se retirarán del ambiente los objetos que sean peligrosos y se colocarán los muebles en la habitación de una manera que se acomode mejor a las discapacidades del paciente o de la familia. Se dispondrán las medidas de seguridad necesarias mediante barandillas laterales o el acolchamiento de barandillas, así como de dispositivos adaptativos (taburetes o barandillas), según corresponda a las necesidades del paciente.

Facilitar la higiene después de terminar con la eliminación y controlar la integridad cutánea del paciente.

2.5 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AUTOCUIDADO

Disposición para mejorar el autocuidado [00182] *patrón de realización de actividades por parte de la persona que ayuda a alcanzar los objetivos relacionados con la salud, que puede ser reforzado*.

Características definitorias
• Expresa deseo de mejorar la independencia en cuestiones de salud • Expresa deseo de mejorar la independencia en su vida • Expresa deseo de mejorar la independencia en cuestiones de desarrollo personal • Expresa deseo de mejorar la independencia en cuestiones de bienestar • Expresa deseo de mejorar el conocimiento de las estrategias de autocuidado • Expresa deseo de mejorar el autocuidado

Los NOC que se sugieren para medir las características definitorias son múltiples y relacionados con el autocontrol de las patologías de base (p. ej.: asma, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertensión, osteoporosis, etc.) y sus tratamientos, así como los déficits de autocuidados específicos de las actividades de la vida diaria tanto básicas como instrumentales[fff].

Para la planificación de los cuidados se utilizan las NIC **Ayuda con el autocuidado** [1800] *ayudar a otra persona a realizar las actividades de la vida diaria*, **Ayuda con el autocuidado: AIVD** [1805] *ayudar y enseñar a una persona a realizar las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) necesarias para funcionar en el hogar o en la comunidad* y **Mejora de la autoconfianza [5395]** *fortalecer la confianza de una persona en su capacidad de realizar una conducta saludable*.

Tras considerar las necesidades concretas de mejora del autocuidado se procurará un ambiente terapéutico garantizando una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada.

La prioridad es proporcionar los objetos deseados y la ayuda precisa que garantice que el paciente sea totalmente capaz de asumir el autocuidado. La repetición constante de las rutinas sanitarias es un medio adecuado para establecerlas como rutina de actividades de autocuidado.

Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad, alentando la independencia, pero interviniendo si el paciente no puede realizar la

fff *Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)* son aquellas actividades que se orientan hacia la interacción con el medio. Entre ellas encontramos el cuidado de otros y del hogar, utilizar los sistemas de comunicación, manejo de cuestiones financieras, sistemas de seguridad, etc. Son opcionales y pueden ser delegadas.

acción dada. En caso de no lograr la autonomía total se ayudará al paciente a aceptar las necesidades de dependencia.

Proporcionar formas de contactar con personal que suministre ayuda y apoyo (p. ej., número de ayuda a ancianos, lista de números de teléfonos de la policía, bomberos, centro de toxicología y centros de ayuda).

El autocuidado puede mejorar incrementando la autoconfianza del paciente en sus propias capacidades. Para ello se puede implementar el siguiente plan de actividades:

- Explorar la percepción del individuo de su capacidad de desarrollar la conducta deseada, los beneficios de la misma y sus riesgos.
- Describir la conducta deseada, identificando los obstáculos al cambio.
- Ayudar al individuo a comprometerse con un plan de acción para cambiar la conducta.
- Reforzar la confianza al hacer cambios de conducta y emprender la acción.
- Proporcionar un entorno de ayuda para aprender los conocimientos y habilidades necesarios para llevar a cabo la conducta.
- Utilizar estrategias de enseñanza que sean adecuadas a la cultura y la edad (p. ej., juegos, enseñanza asistida por ordenador o mapas de conversación).
- Utilizar técnicas de modelado[ggg] que permiten demostrar la conducta deseada.
- Participar en un juego de rol para ensayar la conducta.
- Proporcionar refuerzo positivo y apoyo emocional durante el proceso de aprendizaje y durante la implementación de la conducta.
- Fomentar la interacción con otros individuos que consiguen cambiar su conducta con éxito (p. ej., participación en un grupo de apoyo o formación en grupo).
- Preparar al individuo para los estados fisiológicos y emocionales que puede experimentar durante los intentos iniciales del desarrollo de una nueva conducta.

3 DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LA RESPIRACIÓN

3.1 LIMPIEZA INEFICAZ DE VÍAS AÉREAS

Limpieza ineficaz de vías aéreas [00031] *reducción de la capacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables*.

Factores relacionados	Características definitorias
• Deshidratación • Mucosidad excesiva • Exposición a sustancias nocivas • Temor al dolor • Cuerpo extraño en la vía aérea • Falta de atención al fumador pasivo • Tapón mucoso • Retención de secreciones • Tabaquismo	• Ausencia de tos • Sonidos respiratorios anormales • Alteración del ritmo respiratorio • Alteración de la percusión torácica • Alteración del frémito toraco–vocal • Bradipnea • Cianosis • Dificultad para verbalizar • Disminución de los sonidos respiratorios • Cantidad excesiva de esputo • Hipoxemia • Tos ineficaz • Eliminación ineficaz del esputo • Aleteo nasal • Ortopnea • Agitación psicomotora • Retracción subcostal • Taquipnea • Uso de los músculos accesorios para respirar

ggg La técnica de modelado se basa en el aprendizaje por observación, por ejemplo, mediante vídeos o cómics.

Población de riesgo	Condiciones asociadas
• Niños • Lactantes.	• Espasmo de la vía aérea • Alergia en la vía aérea • Asma • Enfermedad pulmonar obstructiva crónica • Enfermedad cardíaca congénita • Afección grave • Exudado alveolar • Anestesia general • Hiperplasia de la pared bronquial • Enfermedades neuromusculares • Infección del tracto respiratorio.

NOC **Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias** [0410] *vías traqueobronquiales abiertas, despejadas y limpias para el intercambio de aire*.

Se emplearán las NIC **Monitorización respiratoria** [3350] *recopilación y análisis de datos de un paciente para asegurar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso adecuado*, **Manejo de la vía aérea** [3140] *asegurar la permeabilidad de la vía aérea*, **Mejora de la tos** [3250] *fomento de una inhalación profunda en el paciente con la subsiguiente producción de altas presiones intratorácicas y compresión del parénquima pulmonar subyacente para la expulsión forzada de aire*.

En un paciente con problemas respiratorios no es suficiente una valoración inicial, sino que la vigilancia continua de los parámetros respiratorios es un requisito de un buen cuidado enfermero.

Los cuidados de un paciente con limpieza ineficaz de vías aéreas deben iniciarse con técnicas que fluidifiquen las secreciones, tales como la ingesta oral de líquido para hacer la secreción bronquial más fluida, o la humidificación directa hacia la vía aérea mediante aerosoles[19,43].

El siguiente paso será fomentar la *tos eficaz*, como medio para liberar la vía aérea:

- El primer paso es comprobar la capacidad del paciente para toser eficazmente.
- Para iniciar la maniobra se ayudará al paciente a sentarse con la cabeza ligeramente flexionada, los hombros relajados y las rodillas flexionadas.
- Animar al paciente a que realice varias respiraciones profundas, inspirando profundamente, inclinándose ligeramente hacia adelante y después realizando tres o cuatro soplidos (contra la glotis abierta).
- Posteriormente se pide al paciente que realice una respiración profunda, la mantenga durante 2 segundos y tosa dos o tres veces seguidas.
- Si es preciso se puede ayudar al paciente mediante la técnica de apretar y soltar súbitamente la caja torácica lateral durante la fase de espiración de la maniobra de tos.
- También se puede colaborar con el paciente mientras tose, comprimiendo el abdomen por debajo de la apófisis xifoides con la mano plana, mientras se le ayuda a que se incline hacia delante.
- Indicar al paciente que siga tosiendo con varias inspiraciones máximas.
- En caso de que haya una herida en la pared torácica que provoca la tos ineficaz, se ayudará al paciente a utilizar una almohada o una sábana enrollada como tablilla contra la herida al toser.

Cuando el paciente tiene dificultad para arrojar al exterior las secreciones respiratorias se hace necesaria la *aspiración* orofaríngea o traqueobronquial.

Para favorecer los movimientos respiratorios eficaces puede ser necesario hacer que el paciente ejercite la musculatura respiratoria. Una técnica eficaz es la *espirometría de incentivo*, que consiste en hacer movimientos espiratorios frente a una cierta resistencia (por ejemplo, inflar globos).

Puede ser necesario instaurar otras terapias de colaboración como la fisioterapia respiratoria, la intubación de vías aéreas, terapias de aerosol o nebulización y oxigenoterapia.

XVII - VALORACIÓN DEL PATRÓN 5: SUEÑO-DESCANSO

Antonio Moreno Pimentel

1 INTRODUCCIÓN

Describe los patrones de sueño, reposo y relajación del individuo. Comprende, durante las 24 horas, los patrones de reposo y relajación y los patrones de sueño. En este patrón se debe incluir la percepción del individuo sobre la percepción de la calidad y la cantidad del sueño y reposo, la sensación de descanso o reparación del sueño, el grado de energía después del sueño y cualquier trastorno del sueño. Se deben considerar cualquier método de ayuda para dormir, como rutinas que se sigan para poder conciliar el sueño o medicamentos[1].

Las personas experimentan ritmos cíclicos, siendo el más común el ciclo de 24 horas, conocido como ciclo circadiano. Este influye en aspectos como la temperatura corporal, la frecuencia cardiaca, la tensión arterial, la secreción hormonal, el estado de ánimo y, por supuesto, el sueño[19,43].

El sueño es una necesidad humana básica, que viene a ocupar un tercio de nuestras vidas. No se sabe con exactitud cuales son las funciones del sueño, pero sí se sabe que ayuda a:

- Afrontar el estrés cotidiano.
- Prevenir el cansancio.
- Conservar la energía.
- Restaurar mente y cuerpo.
- Disfrutar de la vida con plenitud.
- Facilitar el bienestar psicológico.
- Aumentar la velocidad de cicatrización de los tejidos.

Las personas que presentan alteraciones en este patrón muestran una mayor probabilidad de:

- Riesgo de hipertensión.
- Diabetes.
- Obesidad.
- Depresión.
- Infarto Agudo de Miocardio.
- Accidente Cardiovascular.

Cuestiones clave en la valoración

- ¿Se siente en general descansado y listo para realizar las actividades después de dormir?
- ¿Tiene problemas para dormirse? ¿Utiliza algún método para dormir? ¿Tiene sueño (pesadillas)? ¿Se despierta pronto?
- ¿Tiene periodos de reposo/relajación?
- ¿Cuántas horas duerme al día?

- ¿Le cuesta conciliar el sueño?
- ¿El sueño es profundo o ligero? ¿Se despierta con facilidad?
- Cuando se despierta, ¿percibe que el sueño ha sido reparador?

2 FISIOLOGÍA DEL SUEÑO

El sueño se define como el "*estado alterado de la consciencia en el que disminuye la percepción del sujeto y su reacción al entorno*"[19]. Cómo dice la definición, es un estado que se caracteriza porque la persona muestra una actividad física mínima, con niveles variables de consciencia. También se presentan cambios en los procesos fisiológicos corporales y hay un descenso de la capacidad del individuo de responder ante estímulos externos[19,43].

El sueño presenta un patrón cíclico que está controlado por las neuronas de la parte superior de la formación reticular, localizadas en el tronco del encéfalo, que está formada por una red de fibras nerviosas ascendentes que reciben el nombre de Sistema Activador Reticular (SAR). El SAR se encarga de recoger e integrar la información sensorial procedente del Sistema Nervioso Periférico y dirigir la información hacia la corteza cerebral.

Los neurotransmisores, situados dentro de las neuronas del cerebro, afectan a los ciclos de sueño-vigilia. La serotonina reduce la respuesta a la estimulación sensorial y el ácido gamma-aminobutírico (GABA) apaga la actividad en las neuronas del SAR. La preparación para el sueño y la oscuridad disminuyen la estimulación del SAR.

La melatonina se segrega durante la preparación para el sueño en la glándula pineal, haciendo que disminuya el nivel de alerta de la persona. También durante el sueño se segrega hormona del crecimiento que, como veremos, estaría relacionado con las funciones del sueño de reparación de los tejidos y se inhibe el cortisol.

Con la luz diurna la melatonina alcanza su nivel más bajo en el cuerpo, mientras que el cortisol alcanza su máximo. Durante la vigilia también se llega a niveles altos de acetilcolina, dopamina y noradrenalina. Estos neurotransmisores están localizados dentro de la formación reticular e influyen en la excitación de la corteza cerebral.

3 FASES DEL CICLO DEL SUEÑO

El sueño se caracteriza por componerse de una serie de repeticiones de ciclos que se pueden dividir en dos fases: fase no REM (NREM) y fase REM (Rapid eye movement).

FASE 1 (NREM): es la primera fase del sueño y apenas dura unos pocos minutos. Es el grado más ligero del sueño y la persona se puede despertar con facilidad ante cualquier estímulo, como un ruido, pensando que ha estado soñando despierto o incluso negando que haya llegado a dormirse.

En esta fase la actividad fisiológica disminuye, con una reducción de las constantes vitales (frecuencia cardiaca, tensión arterial, respiración, etc.) y del metabolismo.

FASE 2 (NREM): la segunda fase no REM puede durar entre 10 y 20 minutos y es un sueño más profundo que el de la fase 1. La persona sigue experimentando un sueño cada vez más profundo, aunque aún se despierta con relativa facilidad. Se va produciendo una relajación progresiva, tanto muscular como de las constantes vitales, enlenteciendo las funciones corporales.

FASE 3 (NREM): esta fase duraría entre 15 y 30 minutos, siendo la etapa inicial del sueño profundo en la que es difícil despertar a la persona que apenas se mueve. En ella los músculos se encuentran completamente relajados y las constantes vitales, aunque permanecen regulares, descienden aún más.

FASE 4 (NREM): se trata de la etapa de sueño más profundo, en la que ya es muy difícil despertar a la persona. Tiene una duración de entre 15 y 30 minutos y en ella pueden aparecer trastornos como el sonambulismo y la enuresis nocturna. Cuando se tiene una falta de sueño, la fase 4 pasará a ocupar la mayor parte del sueño. Se alcanza el mayor descenso de las constantes vitales, que están significativamente más bajas que durante la vigilia.

SUEÑO REM: última fase del ciclo del sueño que se caracteriza porque la persona experimente un movimiento rápido de ojos (Rapid Movement Eye) y un aumento de las constantes vitales, la pérdida del tono muscular esquelético y el incremento de las secreciones gástricas.

Esta fase empezaría alrededor de 90 minutos después de iniciarse el sueño y su duración aumenta con cada ciclo de sueño, teniendo una duración media de 20 minutos. Se pueden tener sueños vívidos (realistas) y resulta muy difícil despertar a la persona.

Durante un sueño normal (7-8 horas) se experimentan 4 a 6 ciclos completos, con una duración de entre 90 y 110 minutos cada ciclo. La duración de las distintas fases varía según se repiten los ciclos, siendo las duraciones del primero:

- Fases de la 1 a la 3 en unos 20-30 minutos.
- Fase 4 unos 30 minutos.
- Fases 3 y 2 unos 20 minutos.
- Fase REM unos 10 minutos.

Un ciclo normal empieza en la fase 1 y avanza de forma sucesiva hasta la fase 4. Posteriormente se pasa de nuevo a la fase 3, a la fase 2 y de ahí a la fase REM. Finalizada la fase REM se vuelve a iniciar un nuevo ciclo desde la fase 2. Cuantos más ciclos, menos tiempo en las fases 3 y 4 y más duración de la fase REM, que puede alcanzar los 60 minutos en el último ciclo.

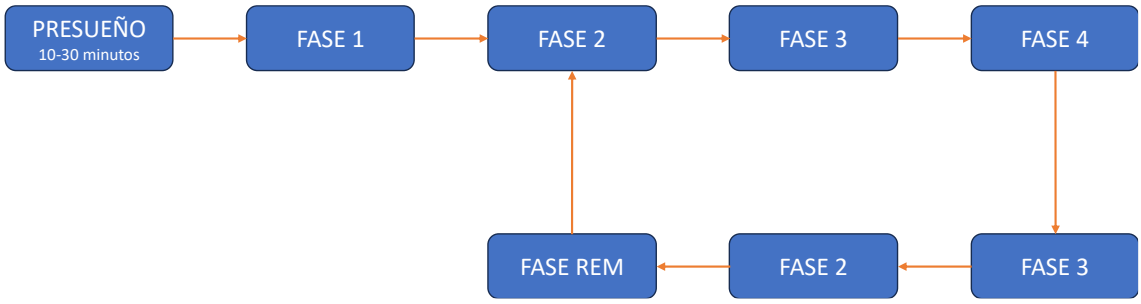


Fig.17.1: Ciclo normal del sueño

4 FUNCIONES DEL SUEÑO

Aunque la principal función del sueño es poco clara, sí que es evidente que las funciones biológicas, como la tensión arterial, la frecuencia cardiaca, el tono muscular y la respiración se enlentecen durante el sueño no REM, contribuyendo a la recuperación fisiológica y psicológica del individuo.

Durante el sueño, en la fase 4 del sueño no REM, se produce un incremento en la liberación de la hormona del crecimiento, así como la síntesis de proteínas y la división celular para la

renovación y reparación de los tejidos, como la piel, la médula ósea, la mucosa gástrica o las células epiteliales y especializadas de las células cerebrales. Esto hace que la fase 4 del sueño no REM sea especialmente importante en los niños. En consecuencia, podemos concluir que el sueño no REM contribuye a la regeneración de los tejidos corporales.

El sueño, relacionado con la función regeneradora del tejido cerebral, facilita la memoria de fijación y el aprendizaje. Se asocia con cambios en el flujo sanguíneo cerebral, el aumento de la actividad cortical y del consumo de oxígeno y la liberación de epinefrina.

Por otro lado, la pérdida de sueño REM provoca que los pacientes puedan experimentar sentimientos de confusión y suspicacia. El estado de ánimo, el rendimiento motor, la memoria y el equilibrio, entre otras funciones del cuerpo se ven alteradas cuando se produce una pérdida de sueño prolongada. Cuando la privación de sueño es de moderada a grave también se pueden producir cambios en la función inmune innata y celular.

5 FACTORES QUE AFECTAN AL SUEÑO

DOLENCIAS: las personas que presentan una patología normalmente pueden experimentar una mayor somnolencia, pasando más tiempo de lo normal durmiendo. Esto podría estar relacionado con las funciones de reparación de los tejidos y de fortalecimiento del sistema inmune que se atribuye al sueño.

ENTORNO: condiciones como el ruido, la luz y otro tipo de estímulos o la ausencia de estos son fundamentales para favorecer o dificultar el sueño. El cambio de entorno, por ejemplo, al viajar o ser hospitalizado pueden provocar dificultades en el sueño.

ESTILO DE VIDA: los estilos de vida irregulares, que no siguen más o menos una rutina pueden afectar al sueño. Se recomienda realizar ejercicio moderado por la mañana o a primera hora de la tarde, mientras que el ejercicio intenso al final del día se desaconseja porque puede activar a la persona y dificultar el inicio del sueño.

ESTRÉS EMOCIONAL: la ansiedad incrementa la producción de norepinefrina, provocando una disminución del sueño profundo y del sueño REM, ocasionando más cambios de etapas y más despertares durante la noche.

ESTIMULANTES Y ALCOHOL: la cafeína es un estimulante del sistema nervioso central, mientras que el alcohol altera el sueño REM.

DIETA: el sobrepeso y la obesidad se asocian a una disminución del tiempo total de sueño, un incremento de las interrupciones del sueño y despertares más precoces. El L-triptófano de la dieta, que se puede encontrar en el queso, la leche, etc., puede inducir el sueño.

CONSUMO DE TABACO: la nicotina es un estimulante del sistema nervioso central, provocando que los fumadores se puedan despertar más fácilmente y que refieran que su sueño es ligero.

MEDICAMENTOS: algunos medicamentos afectan a la calidad del sueño. Los medicamentos que pueden alterar el sueño REM, retrasar el inicio del sueño o disminuir el tiempo de sueño son:

- Anfetaminas.
- Hipnóticos: interfieren con el sueño profundo y suprimen el sueño REM.
- Antidepresivos: suprimen el sueño REM, aunque es un efecto terapéutico buscado, ya que consigue una mejoría inmediata temporal del estado de ánimo. Se produce un efecto rebote al suprimir la administración del antidepresivo.

- Betabloqueantes: provocan insomnio y pesadillas.
- Broncodilatadores.
- Descongestivos.
- Esteroides.
- Narcóticos: suprimen el sueño REM y provocan despertares frecuentes y somnolencia. Por ejemplo, la morfina.

6 TRASTORNOS DEL SUEÑO

6.1 DISOMNIAS

Son alteraciones que tienen su origen en los propios sistemas corporales[19,43,84,86]:

INSOMNIO: es un síntoma que experimentan los pacientes que tienen dificultad crónica para conciliar el sueño, despertares frecuentes y/o un sueño corto o no reparador. El insomnio puede ser señal de una alteración física o psicológica subyacente. Se da más frecuentemente en mujeres y es el problema del sueño más común. El insomnio se asocia frecuentemente a una mala higiene del sueño o a prácticas que el paciente asocia con el sueño.

El tratamiento es sintomático, incluyendo la mejora de las medidas de higiene del sueño, la biorretroalimentación y las técnicas cognitivas y de relajación.

APNEA DEL SUEÑO: se caracteriza por pausas frecuentes y breves de respiración durante el sueño. Aunque todos los sujetos tienen periodos ocasionales de apnea durante el sueño, se considera anormal la producción de más de 5 episodios de apnea durante más de 10 segundos cada hora. Los periodos de apnea en estos pacientes pueden durar entre 10 segundos y 2 minutos.

Los síntomas son: un ronquido fuerte, despertares nocturnos frecuentes, somnolencia diurna excesiva, dificultad para quedarse dormido por la noche, cefaleas matutinas, problemas de memoria y cognitivos e irritabilidad.

NARCOLEPSIA: es una disfunción de los mecanismos que regulan los estados de sueño y vigilia. La somnolencia excesiva durante el día es la queja más frecuente asociada a este trastorno. Durante el día la persona siente, de repente, una ola aplastante de somnolencia y se queda dormida. Puede producirse sueño REM a los 15 minutos de quedarse dormido. Puede producirse cataplexia en cualquier momento del día o, lo que es lo mismo, debilidad muscular repentina durante emociones intensas, como enojo, tristeza o risa. Si el ataque catapléxico es severo, el paciente pierde el control de los músculos voluntarios y cae al suelo. Una persona con narcolepsia suele tener sueños vívidos cuando se queda dormida y son difíciles de distinguir de la realidad. Otro síntoma es la parálisis del sueño, o la sensación de ser incapaz de moverse o hablar justo antes de despertarse o quedarse dormido. Algunos estudios muestran que la narcolepsia tiene un componente genético. Una persona narcoléptica se queda dormida de forma incontrolable y en momentos inapropiados.

6.2 PARASOMNIAS

Son comportamientos indeseables durante el sueño, que se asocian a despertares breves o parciales, pero no con interrupciones importantes del sueño o perjuicio en el nivel de alerta diurno[19,43,84,86].

SONAMBULISMO: los pacientes realizan actividades motoras automáticas simples o complejas (levantarse de la cama, andar, orinar en lugar inadecuado). Despertarles puede ser difícil o comportarles consecuencias indeseadas e incluso la vida.

TERRORES NOCTURNOS: principalmente en niños pequeños durante las primeras horas después del inicio del sueño, en las fases 3 y 4 del sueño NREM. El niño grita de repente y presenta un despertar con signos de actividad vegetativa, como sudor, taquicardia e hiperventilación. La persona puede ser difícil de despertar y rara vez recuerda el episodio por la mañana.

Sonambulismo y terrores nocturnos son trastornos del despertar.

PESADILLAS: son crisis de ansiedad en el sueño. Se producen durante el sueño REM.

ENURESIS NOCTURNA O DEL SUEÑO: se describe como la imposibilidad de retener la orina por la noche. Antes de los 5 o 6 años se considera como una característica normal en el desarrollo. Se resuelve espontáneamente en la pubertad.

7 VALORACIÓN DEL SUEÑO

7.1 HISTORIA DEL SUEÑO

Se indagará sobre la efectividad del patrón desde la perspectiva del paciente. Es importante hacer un repaso a todos los factores que pueden alterar el sueño para saber si están presentes en el individuo y en qué grado. Si se perciben problemas por parte del paciente u otros, deben valorarse las explicaciones, las acciones llevadas a cabo y los efectos derivados de las acciones. Entre los aspectos que se deben incluir en la entrevista para la valoración del sueño se encuentra[1,19,43]:

- ¿Cuándo suele irse a dormir? ¿Cuándo se despierta? ¿Se levanta descansado? ¿Duerme la siesta? ¿Cuándo?
- ¿Tiene algún problema con el sueño? ¿Le han dicho que ronca? ¿Es capaz de mantenerse despierto en el trabajo o en sus tareas habituales?
- ¿Toma algún medicamento o hierba medicinal para facilitar el sueño? ¿O para mantenerse despierto? ¿Qué acciones lleva a cabo habitualmente antes de dormir?
- ¿Se siente en general descansado y listo para realizar las actividades después de dormir?
- ¿Tiene problemas para dormirse? ¿Utiliza algún método para dormir? ¿Tiene sueño (pesadillas)? ¿Se despierta pronto?
- ¿Tiene periodos de reposo/relajación?
- ¿Cuántas horas duerme al día?
- ¿Le cuesta conciliar el sueño?
- ¿El sueño es profundo o ligero? ¿Se despierta con facilidad?
- Cuando se despierta, ¿percibe que el sueño ha sido reparador?
- ¿Hay algo más que quiera comentar sobre el sueño y el descanso?

XVIII - PROBLEMAS DEL PATRÓN 5: SUEÑO-DESCANSO

Antonio Moreno Pimentel

8 DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON EL SUEÑO/DESCANSO

8.1 INSOMNIO

La NANDA-I define el **Insomnio** [00095] como la *incapacidad para iniciar o mantener el sueño, que perjudica el funcionamiento.*

Factores relacionados	Características definitorias
• Ansiedad. • La actividad física diaria media es inferior a la recomendada según el sexo y la edad. • Consumo de cafeína. • Cansancio del rol de cuidador/a. • Consumo de bebidas azucaradas. • Síntomas depresivos. • Disconfort. • Creencias disfuncionales sobre el sueño. • Alteraciones del entorno. • Temor. • Siestas frecuentes durante el día. • Higiene del sueño inadecuada. • Estilo de vida incongruente con los ritmos circadianos normales. • Resiliencia psicológica baja. • Obesidad. • Estresores. • Uso inadecuado de sustancias. • Uso de dispositivos electrónicos interactivos.	• Alteración del afecto. • Alteración de la atención. • Alteración del estado anímico. • Despertar temprano. • Expresa insatisfacción con el sueño. • Expresa falta de memoria. • Expresa necesidad de siestas frecuentes durante el día. • Deterioro del estado de salud. • Aumento del absentismo. • Aumento de accidentes. • Resistencia física insuficiente. • Ciclo sueño-vigilia no reparador.
Población de riesgo	**Problemas asociados**
• Adolescentes. • Personas en desventaja económica. • Personas en proceso de duelo. • Personas que experimentan un cambio en el estado marital. • Trabajadores en turno de noche. • Adultos mayores. • Mujeres en el tercer trimestre de embarazo. • Trabajadores en turno rotatorios. • Mujeres.	• Enfermedad crónica. • Cambios hormonales. • Preparaciones farmacológicas.

8.2 TRASTORNO DEL PATRÓN DEL SUEÑO

La NANDA-I define el diagnóstico **Trastorno del Patrón del Sueño** [00198] como *despertarse a causa de factores externos durante un tiempo limitado*.

Factores relacionados	Características definitorias
• Interrupciones causadas por la pareja del sueño. • Alteraciones del entorno. • Intimidad insuficiente.	• Dificultad en el funcionamiento diario. • Dificultad para conciliar el sueño. • Dificultad para mantener el estado del sueño. • Expresa insatisfacción con el sueño. • Expresa cansancio. • Ciclo sueño-vigilia no reparador. • Despertarse sin querer.
Población de riesgo	**Problemas asociados**
• No están descritos.	• Inmovilización.

Aunque se trata de dos diagnósticos distintos, como se puede apreciar no solo por la definición de sus etiquetas diagnósticas, sino también por las diferencias en las características definitorias y los factores relacionados, se trata de dos situaciónes que se podrían abordar desde un mismo plan de cuidados[2,105].

Consideramos que el criterio de resultados que mejor mide la resolución de los diagnósticos, coincidiendo con Ackley y Ladwig, es **Sueño** [0004], definido por la NOC como la *suspensión periódica natural de la conciencia durante la cual se recupera el organismo*.

Para alcanzar los objetivos fijados se sugiere la intervención **Mejorar el sueño** [1850] que se define como *facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia*.

El plan de cuidados se inicia comprobando el esquema de sueño del paciente, cuantas horas duerme, si le cuesta iniciar el sueño, si el sueño es ligero o profundo, si se despierta durante la noche y si se nota descansado cuando se despierta por la mañana. También se deben observar las circunstancias que pueden interrumpir el sueño para, en los casos que sea posible, poder controlar esos factores. Por ejemplo, se debe ajustar el ambiente para favorecer el sueño, controlando la luz, el ruido, la temperatura o incluso el colchón y la cama. En el caso de los pacientes hospitalizados, tanto la luz que las enfermeras muchas veces utilizamos o encendemos cuando entramos a realizar un cuidado y el ruido que hacemos, son una de las principales fuentes de los trastornos del sueño en nuestros pacientes. Durante la noche se debe procurar interrumpir lo menos posible el sueño de los pacientes, agrupando nuestras actividades permitiendo ciclos de sueño de al menos 90 minutos.

Es importante controlar las actividades físicas en las que participa nuestro paciente, procurando que no se realice ningún ejercicio de moderado a intenso a últimas horas de la tarde o por la noche, para impedir que la persona tenga dificultades luego para conciliar el sueño. Sí es adecuada la realización de ejercicio por la mañana o a primera hora de la tarde.

Otra de las actuaciones y consejos que debemos dar a nuestros pacientes consiste en eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama, como puede ser el uso del teléfono móvil y de las redes sociales.

Controlar la ingesta de alimentos y bebidas que puedan ser estimulantes, como la teína o la cafeína e introducir alimentos como el queso o la leche, ricos en L-triptófano, facilitan la conciliación del sueño.

Por último, es muy importante, especialmente cuando el paciente duerme mal por la noche, limitar el sueño durante el día, ya que esto solo favorecerá que siga durmiendo mal por las noches, entrando en un círculo vicioso difícil de cortar. Hay que procurar, a pesar del sueño que pueda tener el paciente, mantenerle activo para que pueda llegar cansado a la noche y pueda conciliar con mayor facilidad el sueño.

XIX - VALORACIÓN DEL PATRÓN 6: COGNITIVO - PERCEPTUAL

Ramón del Gallego Lastra, Mª Antonia López Romero

1 INTRODUCCIÓN

La valoración del patrón cognitivo-perceptivo se centra en las habilidades cognitivas funcionales, como el lenguaje, la memoria, el juicio y la toma de decisiones. El objetivo es describir la adecuación del lenguaje, habilidades cognitivas y percepción relativas a las actividades necesarias o deseadas que realiza la persona cotidianamente. Durante la historia se obtienen las descripciones subjetivas, los problemas percibidos por la persona o por otros, las compensaciones para los déficits y la efectividad de los esfuerzos para compensarlas. Incluye también la adecuación de los órganos de los sentidos, como la vista, el oído, el gusto, el tacto o el olfato, y la compensación o prótesis utilizada para hacer frente a los trastornos. Las manifestaciones de percepción del dolor y cómo se trata éste también se incluye cuando proceda[1].

Cuestiones clave en la valoración

- ✓ ¿Dificultades para oír o ver correctamente? ¿Utiliza audífono o gafas?
- ✓ ¿Tiene alteraciones en los sentidos del gusto, el olfato o en las sensaciones táctiles?
- ✓ ¿Le es difícil centrar la memoria? ¿Le es difícil concentrarse?
- ✓ ¿Le es fácil tomar decisiones?
- ✓ ¿Existen problemas con el aprendizaje o con el lenguaje?
- ✓ ¿Siente dolor o malestar físico? ¿Cómo lo combate?

2 VALORACIÓN DE LA FUNCIÓN COGNITIVA

2.1 CONSCIENCIA

Es un proceso que permite al sujeto darse cuenta de las percepciones del mundo exterior y de las propioceptivas, percibiendo y diferenciando su propio "Yo" y el medio ambiente. Se pueden distinguir dos componentes como son el *nivel de consciencia* que podemos establecer entre dos extremos: la vigilia y sueño normal o el coma, y el otro componente que es el *contenido de la consciencia* referido a cómo el individuo percibe y comprende, es decir, cómo está orientado sobre sí mismo y de la realidad en la que se encuentra [82].

2.1.1 NIVEL DE CONSCIENCIA

Se valora por la manera de responder a ciertas preguntas que le formulamos. Los estados de consciencia los situamos en una escala que va de la alerta al coma y que se presentan a continuación:

A) Alerta: Al hablar al paciente éste abre los ojos, mira al interlocutor y responde adecuadamente a los estímulos.

B) Obnubilación: Disminuye la alerta y el interés por el entorno. Abre los ojos y mira al interlocutor, pero responde lentamente y tiende a la somnolencia.

C) Estupor: Es una disminución de la conciencia más profunda que la obnubilación, con predominio de falta de movimientos y una escasa percepción de sí mismo y del entorno. El paciente sólo despierta del sueño con estímulos verbales o táctiles (presionar un dedo, lóbulo de la oreja, apófisis mastoides, área submandibular, etc.).

D) Coma: Estado de inconsciencia más o menos permanente, en el que el paciente no manifiesta ninguna señal de funciones de relación con el exterior. En grados superficiales el paciente responde con gruñidos, retirada de un miembro o apertura de ojos. El coma profundo implica la desconexión total.

Algunos autores recomiendan evitar calificar al paciente con términos ambiguos y utilizar instrumentos fiables y reproducibles para medir el nivel de consciencia como la Escala de coma de Glasgow [84,99]

Tabla 19.1.: Escala de Glasgow

	1	2	3	4	5	6
Apertura ocular	Ninguna	Al estímulo doloroso	A la orden verbal	Espontánea		
Respuesta verbal	Ninguna	Incomprensible	Inapropiada	Confusa	Orientada	
Respuesta motora	Ninguna	Extensión	Flexión	Retira	Localiza el dolor	Obedece a la voz
Valoración: 15: Normal // 14: Obnubilación // 11-13: Estupor // 9-10: Coma // ≤ 8: Coma profundo						

2.1.2 ORIENTACIÓN

Podemos percibir el mundo exterior y nuestro propio mundo subjetivo, de maneras distintas. Para conocer la orientación de un sujeto hay que explorar tres aspectos con preguntas relativas a:

a) el tiempo (hora, día, fecha).

b) el lugar (espacio) en el que se encuentra (donde está, donde vive).

c) la relación consigo mismo (quién es, familiares, profesionales).

2.1.3 DELIRIO

En ocasiones el descenso del nivel de conciencia se acompaña de disminución de la comprensión, atención, orientación; de la coherencia y de la capacidad de razonar, y también de la percepción con ilusiones y alucinaciones, lo que se denomina *confusión mental* o *delirio.* En algunos delirios, como el delirium tremens, se acompaña de signos vegetativos como sudoración, taquicardia, hipo o hipertensión, que pueden ser graves [84].

2.2 MEMORIA

Toda percepción deja una huella (mnema) que el cerebro puede fijar, codificar, almacenar, evocar y reconocer conscientemente. Se puede distinguir una memoria a corto plazo, que almacena información durante breves periodos de tiempo, y a largo plazo, con recuerdos que se fijan de manera permanente. Para explorarla se hacen pruebas de retención de números,

pidiendo al paciente que repita cifras de dos números, cuatro, etc.; deletreo de palabras que el paciente repite en sentido propio e inverso; exploración de la memoria remota preguntando por la fecha de nacimiento, colegio, trabajo realizado, hechos históricos; la memoria reciente preguntando por sucesos de día; y la capacidad de aprendizaje, diciéndole al paciente tres o cuatro palabras y pedir que las repita inmediatamente, se sigue la exploración y a los 3 a 5 minutos se le pide que las repita.

2.2.1 AMNESIA

Es la incapacidad para recordar y podemos distinguir varios tipos:

Amnesia anterógrada: Incapacidad de recordar nuevos sucesos ocurridos después de la alteración que la causaron. El sujeto olvida a medida que van sucediendo los acontecimientos. Es frecuente en ancianos.

Amnesia retrógrada: Incapacidad de evocar los recuerdos antiguos, anteriores a la alteración.

Amnesia lacunar: Pérdida de memoria de algunos acontecimientos aislados, correspondiente a un periodo más o menos prolongado, durante el cual no se ha fijado ningún recuerdo.

2.3 PENSAMIENTO

El pensamiento es una función psíquica compleja que incluye la capacidad de generar y manejar conceptos, de razonar y de emitir juicios. Para explorarlo, no existen fórmulas tipificadas y mejor que realizar preguntas concretas es hablar sobre situaciones cotidianas como situaciones familiares, trabajo, finanzas, ocio, y seguir la pista de alguna afirmación del paciente que pueda resultar sorprendente, de esta manera podremos establecer un diálogo con él para conocer su manera de razonar y de tomar decisiones.

2.3.1 ALTERACIONES DE LAS FORMAS DE PENSAMIENTO

Pensamiento acelerado, cuando es demasiado rápido, aunque mantiene el orden y la línea argumental del discurso.

Fuga de ideas, es por un pensamiento excesivamente acelerado que hace perder el hilo conductor y se va de un asunto a otro.

Inhibición del curso del pensamiento, cuando es lento y con escasas ideas.

Bloqueo del pensamiento, es cuando se queda repentinamente en blanco.

2.3.2 ALTERACIONES DEL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO

Ideas obsesivas, que son ideas erróneas que se imponen persistentemente a la voluntad del sujeto, el cual no puede eliminarlas. La persona las percibe como absurdas, pero se imponen repetitivamente y se acompañan de angustia.

Ideas delirantes, que son creencias falsas, resistentes a toda argumentación racional contraria o a la demostración empírica del error. Hay muchos tipos de delirios: de persecución, de culpabilidad, de grandeza, etc.

2.4 PERCEPCIÓN

La percepción es la función psíquica mediante la cual somos capaces de organizar las sensaciones del exterior, dotarlas de una estructura que las explica y les da un significado. Es

algo más que el simple registro cerebral de una sensación exterior, es la organización y estructuración de la realidad para darle sentido.

Se denomina *agnosia* a la incapacidad de reconocer objetos familiares por los órganos de los sentidos (vista, oído, tacto, etc.).

Anosognosia es la incapacidad de reconocer, o negación, de una enfermedad propia.

Las alteraciones de la percepción pueden tener causas relacionadas con lesiones de órganos sensoriales (que se tratarán más adelante) o por motivos psíquicos, que conducen a errores sensoriales:

Ilusión: Percepción de un objeto real, pero deformado por el sujeto. Las ilusiones, aunque pueden tener origen patológico, frecuentemente se dan en personas normales cuando se falsea una imagen por distracciones, por causas emocionales o relacionadas con el sueño.

Alucinación: La persona percibe un objeto que no existe en la realidad exterior, pero que interpreta como real. Las alucinaciones son de varios tipos: visuales, auditivas, táctiles, olfativas, gustativas, cenestésicas (sensaciones corporales profundas y extrañas). Las alucinaciones son siempre patológicas, salvo las que acontecen alrededor del sueño normal.

2.5 LENGUAJE

El lenguaje es una de las funciones superiores más importantes ya que permite la comunicación y representación simbólica. En la entrevista se observa la cantidad, velocidad, volumen, articulación de la palabra y fluencia (indica la velocidad, flujo y melodía del habla, así como el contenido y uso de las palabras).

En su estudio debemos distinguir las alteraciones propiamente del lenguaje, *afasias*, de origen cerebral, de las alteraciones del habla, por problemas de modulación (*disartrias*) o de la emisión (*disfonías*).

2.5.1 ALTERACIONES DEL LENGUAJE

2.5.1.1 AFASIA

Trastorno del lenguaje que no se explica por demencia ni por trastorno motor. Se debe a trastornos de los centros cerebrales del lado dominante. Tienen dificultad en hablar y en escribir (sin ser mudos ni paralíticos) y también de comprender (sin ser sordos ni ciegos).

Afasia sensorial (afasia de Wernicke): falla la comprensión auditiva. Muy locuaz (logorrea) y con equivocaciones (disfasia). Estos pacientes hablan y farfullan mucho, mientras los de Broca apenas hablan.

Afasia motora (afasia de Broca): dificultad de hablar espontáneamente, de repetir lo oído o de leer en voz alta. Es frecuente cierto lenguaje automático con repetición de palabras y estereotipias (responde siempre lo mismo, sea cual sea su intención).

2.5.1.2 PARAFASIA

Empleo de una palabra por otra, o de un fonema por otro, pero ambas con algo en común. Por ejemplo, utilizar la palabra tenedor por cuchara (como sopa con el tenedor); sustituir un fonema en una palabra (escribo con una cluna, en lugar de pluma); o cambiar una palabra por otra (escribo con un dar, cuando se quiere decir bolígrafo o pluma).

Para comprobar la capacidad de comprensión del paciente se le pide que obedezca ciertas órdenes simples como señalarse la boca, un hombro una rodilla; que repita monosílabos; enseñarle objetos y diga qué es y describa sus partes; se le pide que lea algo en voz alta, que escriba una frase. Es frecuente en las afasias de Wernicke.

2.5.2 ALTERACIONES DEL HABLA

El problema de la emisión del mensaje no se debe al componente lingüístico de la composición de palabras, sino a la dificultad en la pronunciación de la palabra.

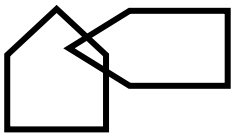
Disartria: Trastorno de la articulación de la palabra por alteraciones neuromusculares de los órganos de fonación. Literalmente es la dificultad para articular palabras. Si la articulación de la palabra es imposible hablamos de *anartria.* Se explora pidiendo al paciente que hable y en los casos de duda se pide que pronuncie palabras difíciles de pronunciar, con muchas consonantes (tres mil trescientos treinta y tres, irrevocable, hipopótamo).

Mutismo: Ausencia del habla. Puede deberse al defecto de la adquisición del habla, como en el caso de los sordos, y el mutismo que puede acompañar a la afasia.

2.6 VALORACIÓN DE LA FUNCIÓN MENTAL (MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO)

Las escalas de valoración de la capacidad cognitiva permiten hacer una evaluación global de la función mental basada en el examen de un conjunto de funciones cognitivas. Folstein[106] publicó en 1975 la escala Mini-mental, que en 1979 Lobo y colaboradores[107] adaptaron al español, tanto lingüística como culturalmente, y denominaron Mini examen cognoscitivo. Esta escala es muy utilizada en nuestro ámbito sanitario y es un test estructurado en cinco áreas cognitivas: orientación, fijación, concentración y cálculo, memoria y lenguaje y construcción. El examen consiste en ir formulando a la persona distintas preguntas, o indicaciones, a las que se dará un punto por cada repuesta correcta. Las puntaciones inferiores a 28 significan déficit cognitivo.

Tabla 19.2.: Escala de Mini-mental

ORIENTACIÓN	
Dígame el día [] fecha [] mes [] estación [] año []	0-5
Dígame el hospital (o lugar) [] planta/servicio [] ciudad [] provincia [] país []	0-5
FIJACIÓN	
Repita estas 3 palabras: peseta [], caballo [], manzana [] *(Repetir hasta que se las aprenda y contar los aciertos)*	0-3
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO	
Si tiene 30 pesetas y me va dando de 3 en 3 ¿cuántas le van quedando?	0-5
Repita 5-9-2 *(Repetir hasta que se las aprenda y contar los aciertos)* [nº…] Ahora hacia atrás [nº…]	0-3
MEMORIA	
¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?	0-3
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN	
(Mostrar un bolígrafo) "¿Qué es esto? *(Repetir con el reloj)*	0-2
Repita esta frase "En un trigal hay cinco perros"	0-1
"Una manzana y una pera son frutas ¿verdad?", "¿Qué son el rojo y el verde?", "¿Qué es un perro y un gato?"	0-2
"Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo"	0-3
"Lea esto y haga lo que dice": CIERRE LOS OJOS	0-1
"Escriba una frase"	0-1
"Copie este dibujo" 	0-1
	0-35

Se han adaptado versiones más breves, como la utilizada por la Comunidad de Madrid, en la que se reduce a 30 puntos al suprimir la pregunta del área de concentración en la que se pide repetir los números 5, 9 y 2, y también la pregunta del área de lenguaje y construcción en la que se pide identificar la categoría con la que se identifica el rojo y verde o el perro y el gato. Además, la evaluación se diferencia por rangos de edad:

Igual o mayores de 65 años

- 29-24 puntos = borderline
- <24 puntos = deterioro cognitivo

Menores de 65 años

- <28 puntos = deterioro cognitivo

3 VALORACIÓN DE LOS SENTIDOS

3.1 VISTA

Se explora la motilidad ocular, la reacción de las pupilas y también la capacidad visual.

3.1.1 MOTILIDAD OCULAR

Se explora por observación de la movilidad y si ésta es simétrica. Se valora también si hay temblor al volver a la posición de reposo (nistagmo, ya visto en el capítulo XV).

3.1.2 PUPILAS

Se estudia la amplitud o tamaño, forma, reacción a la luz y acomodación de la pupila. Las pupilas normalmente son iguales y reaccionan las dos de igual manera al estímulo de la luz. Cuando las pupilas se contraen exageradamente se habla de *miosis*, si hay dilatación es *midriasis* y cuando hay una desigualdad en el tamaño de las dos pupilas se habla de *anisocoria*.

3.1.3 ALTERACIONES VISUALES

La *ambliopía* es la disminución de la agudeza visual. *Amaurosis* es la ceguera total. *Hemianopsia* es la pérdida de una mitad del campo visual. *Daltonismo* es la dificultad para distinguir determinados colores, generalmente el rojo del verde.

3.2 OÍDO

La sensibilidad auditiva se explora acercando paulatinamente algo que suene, o hablando al paciente a cierta distancia. Entre las principales alteraciones encontramos: *Hipoacusia*: disminución de la captación sonora; compatible con el lenguaje. *Sordera*: abolición total. *Paracusia*: es una distorsión en los elementos cualitativos que intervienen en la correcta audición, como alteraciones del tono de audición, si los sonidos de cierta intensidad son percibidos como molestos, la resonancia de la propia voz, dificultades en la localización de la fuente de sonido o cuando la audición mejora en ambiente ruidoso. *Vértigo*: Es una sensación errónea postural, motivada por una alteración del tono laberíntico.

3.3 OLFATO

Desde el punto de vista cuantitativo valoramos abolición, disminución o aumento de la capacidad olfatoria como *anosmia*, *hiposmia* e *hiperosmia* respectivamente. Entre las alteraciones

cualitativas encontramos la *cacosmia* o percepción de malos olores y la *parosmia* o percepción errónea del olor.

3.4 GUSTO

La exploración se realiza haciendo probar al paciente productos con distintos sabores, aunque el dato surge generalmente en la entrevista. La pérdida de la percepción gustativa se denomina *ageusia*.

4 VALORACIÓN DE LA SENSIBILIDAD

La sensibilidad implica las sensaciones exteroceptivas o superficiales y las propioceptivas o profundas. Las exteroceptivas se originan en los órganos sensitivos de la piel y mucosas y corresponden al calor, frío, tacto y estímulos dolorosos. Las propioceptivas comprenden el reconocimiento de los movimientos activos y pasivos, la posición y postura, la noción de peso, presión, sensibilidad vibratoria y dolor profundo.

4.1 SENSIBILIDAD SUPERFICIAL

4.1.1 TÁCTIL

Para explorarla se utiliza una bola de algodón. Se realizan suaves contactos en la piel del enfermo y se le pregunta si percibe sensaciones. Las alteraciones de la sensibilidad táctil se denominan: *anestesia* que es la pérdida de la sensibilidad táctil, *hipoestesia* la disminución de dicha sensibilidad e *hiperestesia* es su aumento. Cuando se perciben sensaciones sin estímulo externo se habla de *parestesias*.

4.1.2 DOLOROSA

Se explora pinchando suavemente con una aguja en distintas zonas cutáneas y se pregunta al enfermo si percibe alguna sensación. Las anomalías se denominan: *analgesia* a la pérdida de sensibilidad dolorosa, *hipoalgesia* disminución de la sensibilidad e *hiperalgesia* aumento de la sensibilidad.

4.2 SENSIBILIDAD PROFUNDA

4.2.1 PRESIÓN: BARESTESIA

Para explorarla se utilizan los dedos pulgares e índices con los que se ejerce presión en puntos simétricos del organismo. Cuando encontramos una ausencia de la sensibilidad a la presión hablamos de *abarestesia*, si solamente disminuye *hipobarestesia* y cuando aumenta *hiperbarestesia*.

4.2.2 PESO: BAROGNOSIA

Se explora utilizando diferentes objetos que tengan la misma forma y distinto peso, haciendo exploraciones alternativas y preguntando cuál pesa más. Cuando encontramos una falta de apreciación del peso decimos que el paciente sufre una *abarognosia* y para una disminución hablamos de *hipobarognosia*.´

4.2.3 ACTITUDES SEGMENTARIAS: BATIESTESIA

En la exploración se coloca un segmento de un miembro del paciente en una posición cualquiera y se le ordena que coloque el miembro opuesto en la misma posición. *Abatiestesia* es la pérdida de esta sensibilidad.

4.2.4 SENSIBILIDAD VIBRATORIA: PALESTESIA

Su exploración precisa un diapasón; una vez puesto en vibración se apoya en diferentes puntos del esqueleto superficial: maléalos tibiales, apófisis estiloides del cúbito, radio, rótula, etc. En condiciones normales se percibe un hormigueo. Las alteraciones de la palestesia son desde la abolición, pasando por la disminución, hasta el aumento, *apalestesia*, *hipopalestesia* e *hiperpalestesia* respectivamente.

4.2.5 RECONOCIMIENTO DE OBJETOS: ESTEREOGNOSIA

Es una sensibilidad que permite reconocer los objetos, y es mixta (superficial y profunda). Se explora vendando los ojos al paciente y proporcionándole objetos con diferentes tamaños, formas, consistencias, etc. El enfermo debe decir de qué objeto se trata. La pérdida de este tipo de sensibilidad se denomina *aestereognosia*.

5 VALORACIÓN DEL DOLOR

El dolor es la principal causa de consulta y es a la vez una importante alarma fisiológica que nos advierte de peligros para nuestra integridad. La valoración del dolor es compleja ya que no se trata de una simple sensación que nos informa de la localización e intensidad del estímulo nociceptivo, sino que el cerebro organiza las sensaciones en una estructura que las dota de significado convirtiéndolo en una percepción. Pero, es más, cuando somos sometidos a un estímulo nociceptivo nuestro cerebro no solo elabora una percepción completa, sino que con elementos de la memoria crea una imagen (representación cognitiva) sobre la experiencia dolorosa con sus posibles causas, los sentimientos que nos provoca y las expectativas sobre sus consecuencias. De esta manera una lesión evidente puede no provocar dolor en una persona mientras que un paciente crónico puede padecer dolor sin lesión objetivable. En base a estas consideraciones, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) en 1979 definió el dolor como *"experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño"*.

J Campbell, presidente de la Sociedad Americana del Dolor, el 11 de noviembre de 1995 lanzó la idea del dolor como "quinta constante vital", que debe formar parte de las gráficas de registros clínicos[42].

En el 2001 la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones del Cuidado de la Salud (Joint Commission for the Accreditation of Health Organizations) estableció unas nuevas normas para el manejo del dolor en los pacientes hospitalizados. De ahí en adelante se conoce el manejo de dolor como el quinto signo vital.

5.1 ENTREVISTA CLÍNICA PARA LA VALORACIÓN DEL DOLOR

El carácter experiencial, y por tanto subjetivo, hace del dolor un síntoma por excelencia, por lo que la herramienta preferente para su valoración es la entrevista clínica. En ella se irán recabando datos que permitirán perfilar las distintas facetas del dolor que informarán sobre la experiencia del paciente y la manera en la que éste influye en su actividad vital.

5.1.1 LOCALIZACIÓN

El primer paso en el estudio del dolor es conocer su situación para tener una primera valoración de la posible estructura anatómica donde se origina. La fórmula clásica es hacer tres preguntas que buscan identificar el lugar donde duele, el área corporal que abarca y hacia donde se irradia.

Como ocurre en general con la exploración, el profesional cuando valora al paciente trata de imaginar las estructuras que pueden estar afectadas y que expliquen ese dato. Esto nos remite a dos clasificaciones del dolor de una gran utilidad semiológica, la de las estructuras orgánicas donde tiene su origen el dolor y el de la irradiación de este.

5.1.1.1 ESTRUCTURAS ORGÁNICAS

Somático

Las estructuras somáticas son la piel, músculo, huesos y articulaciones, al igual que las membranas que las cubren y los vasos que las irrigan.

Las estructuras somáticas difieren en cuanto a la sensibilidad y así la piel presenta una alta sensibilidad para el dolor, mientras que las estructuras somáticas profundas difieren en cuanto a la sensibilidad dolorosa: el periostio, cápsulas articulares, vainas nerviosas y los vasos sanguíneos son muy sensibles; los músculos, la membrana sinovial y la grasa son menos sensibles, y el cartílago articular y el hueso compacto son insensibles.

El dolor originado en la piel, músculo y articulaciones está bien localizado y fácilmente descrito por el paciente.

El dolor somático puede ser superficial cuando el estímulo procede de la piel y mucosas o las fibras nerviosas que los inervan. Es agudo, punzante o urente y cuando persiste produce una sensación de quemazón. Se localiza con precisión y se acompaña de algunos fenómenos asociados: dolor cutáneo a la presión, hiperalgesia y parestesias.

Se percibe profundo si su origen está en estructuras más profundas como son los músculos, huesos y articulaciones. Es sordo (como el producido al pinzar entre los dedos el vientre de un músculo), habitualmente difuso, tridimensional, mal localizado y con frecuencia percibido por el sujeto a alguna distancia de la estructura enferma.

Visceral

Es de difícil localización y el paciente lo suele referir a una zona de la piel inervada por las mismas raíces sensitivas que inervan la víscera afectada. Al igual que ocurre con las estructuras somáticas, también las vísceras poseen distinta sensibilidad dolorosa. Son prácticamente insensibles las vísceras macizas (hígado, bazo, riñones, pulmones, testículos, etc.) pero no las membranas que los envuelven. Son poco sensibles la tráquea, los bronquios y el útero; en cambio, son muy sensibles las vísceras huecas, y los conductos excretores (urinarios, biliares y genitales).

El dolor visceral se comporta exactamente igual que el dolor esquelético profundo, es difuso y su distribución sigue un patrón segmentario.

Neuropático

Es debido a lesión o alteración crónica de las vías somatosensoriales periféricas.

Psicógeno

Es un dolor no orgánico, que sufre el paciente como consecuencia de padecimientos de origen psíquico. Su duración es crónica.

5.1.1.2 IRRADIACIÓN DEL DOLOR

Irradiado

Es consecuencia del desplazamiento del dolor a través de una raíz nerviosa, que se lesiona por procesos inflamatorios, tóxicos o compresivos. Es vivo, en un solo plano, en descargas y se proyecta a lo largo de la zona de inervación del nervio o raíz afectos en la que se aprecian alteraciones objetivas y subjetivas de la sensibilidad.

Referido

El dolor es profundo, sordo y se proyecta a distancia de la zona estimulada. Esto es debido, según la hipótesis de *convergencia-proyección del dolor irradiado*[108], a que las aferencias nociceptoras viscerales convergen en las mismas neuronas con las aferentes de estructuras somáticas en que es percibido el dolor y el cerebro no tiene forma de saber cuál fue el punto real de origen de los estímulos que recibe y "proyecta" erróneamente la sensación a la estructura somática. Así, por ejemplo, un dolor de origen miocárdico se inicia en la región retroesternal y también se percibe en el hombro y brazo izquierdos.

5.1.2 CRONOLOGÍA

Es importante fijar el momento en el que se origina el dolor (la pregunta ¿y antes se encontraba bien?, puede fijar con precisión el momento donde se inició) y el tiempo que dura cuando se instaura. También es necesario saber la frecuencia con la que se presenta y si esa presentación se da preferentemente en algún momento del día, incluso en algunas épocas del año.

Otro aspecto relevante es conocer la relación que tiene la duración del dolor con la intensidad, para saber si se presenta de forma brusca y cede de la misma manera (pudiendo representarse en forma de agujas, tan típico de los dolores cólicos) o asciende lentamente permaneciendo en el tiempo en forma de meseta.

Respecto a este aspecto del dolor, una de las clasificaciones más importantes de este es la que distingue el agudo del crónico, que no solo tienen importancia respecto al tiempo de su duración sino a sus características clínicas.

5.1.2.1 AGUDO

Es el dolor que sigue a un daño, lesión o enfermedad, con evidencia de actividad nociceptiva que es percibido por el Sistema Nervioso y que, generalmente, desaparece con la curación. Su duración es corta (menos de 3 meses), bien localizado, se acompaña de ansiedad y de signos de actividad autónoma (taquicardia, hipertensión arterial, taquipnea, midriasis, sudoración, palidez, etc.)

5.1.2.2 CRÓNICO

Se inicia como un dolor agudo que persiste durante largo periodo de tiempo (más de 3 meses) y pierde su importancia biológica como signo de alarma fisiológica y se convierte en un problema de salud en sí mismo. No responde al tratamiento de una causa específica y no hay signos de actividad del Sistema Nervioso Autónomo. Puede ocasionar cambios de la personalidad y depresión.

5.1.3 CARACTERÍSTICAS

Informa del carácter del dolor que puede ser: Opresivo, punzante (puñalada), corrosivo, expansivo (algo que va a estallar), urente (quemazón), cólico ("retortijones" con sensación de torsión, calambre o apretura), lancinante (profundo, de varios grados de intensidad).

5.1.4 INTENSIDAD

En la actualidad no hay una forma de cuantificar objetivamente la intensidad del dolor y solo se puede medir esta por las declaraciones subjetivas del paciente.

Se pueden utilizar escalas ordinales, por ejemplo, de 5 grados donde 0 es ningún dolor y 5 es dolor muy severo. Estas escalas a pesar de ser un instrumento útil en la cuantificación del dolor presentan una serie de problemas:

1. No tienen sensibilidad para detectar pequeñas variaciones.
2. Resulta difícil precisar el tamaño de cada una de las categorías y de los espacios entre ellas.
3. Tratan el dolor sólo desde el punto de vista de la intensidad.
4. Existen grandes variaciones en la interpretación de los términos de la escala.

5.1.4.1 ESCALAS ANALÓGICAS VISUALES

Para evitar estos problemas se propuso la utilización de la "Escala Visual Analógica" (EVA), que consiste en una línea horizontal de 10 cm de longitud dispuesta entre dos puntos donde figuran las expresiones "No dolor" y "Máximo dolor imaginable" que corresponde a las puntuaciones 0 a 10 respectivamente. La medición debe ser muy precisa, utilizando la misma regla graduada y registrando los milímetros, y por ello es más conveniente considerar la línea de 0 a 100 mm.

La EVA ha sido modificada para dar una mayor sensibilidad, resultando así las "Escalas Analógicas Graduadas", siendo estas escalas dispuestas en una línea dividida en varios compartimentos (habitualmente 10) y numerados cada uno de ellos. Estas escalas dispuestas horizontalmente han resultado las más veraces y preferidas por la mayoría de los voluntarios.

5.2 PATRONES DOLOROSOS

El dolor suele tener un origen orgánico, como así lo establece la definición de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, definición también asumida por la NANDA-I. Nosotros, para hacer su estudio coherente con la estructura de este libro utilizaremos los Patrones Funcionales de Salud como sistema de clasificación, pero esto puede llevar a que algunos tipos de dolor compartan características de varios patrones.

5.2.1 PATRÓN NUTRICIONAL

Para organizar didácticamente la información incluiremos aquí aquellos dolores que tienen principal relación con la función nutricional, aunque en la clínica puedan obedecer a afecciones mixtas, por ejemplo, a alteraciones de la eliminación intestinal.

5.2.1.1 ESOFÁGICO

Es un dolor retroesternal difuso, fijo y relacionado con la deglución. Si la lesión afecta a los dos tercios superiores del esófago suele estar bien localizado, notándose en la parte anterior o posterior, según sea el lugar de la lesión; en cambio, si ésta afecta al tercio inferior, la presentación retroesternal y las irradiaciones puede confundirse con el dolor de la angina de pecho, si bien la característica urente del esofágico suele diferenciarle del anginoso que es de carácter opresivo.

5.2.1.2 GÁSTRICO

Suele ser un dolor fijo situado en el hueco epigástrico, y sólo presenta irradiación si es un proceso exteriorizado. Si el dolor lo origina una úlcera suele presentar un ritmo diario (dolor posprandial) y periodicidad anual (el dolor se presenta sobre todo en primavera y otoño), cediendo rápidamente con la ingesta de alimentos y de alcalinos. La úlcera gástrica o duodenal se alivia presionando con las manos en el abdomen y con la posición fetal.

5.2.1.3 INTESTINAL

En el dolor que tiene su origen en el intestino distinguimos dos tipos: 1) Cólico, 2) Peritoneal.

A DOLOR CÓLICO

Se inicia bruscamente y alcanza pronto su máxima intensidad, para descender más tarde pudiendo llegar a desaparecer, siendo estas intermitencias el patrón característico de un dolor cólico.

El paciente lo describe como si su intestino se retorciese (retortijón). Otra característica típica de los cólicos es que el paciente cambia constantemente de postura en la cama y de posición, levantándose y acostándose constantemente.

Se alivia con la posición encorvada hacia delante, ejerciendo presión con las manos en una amplia zona; también alivia la aplicación local de calor.

Pueden percibirse ruidos hidroaéreos (borborigmos) y deseos infructuosos de defecar (tenesmo).

B DOLOR PERITONEAL

El dolor peritoneal es un dolor brusco, de gran intensidad, continuo, con gran repercusión somática general con presencia de vómitos. Provoca una situación de colapso que se traduce en paro de eliminación de materiales y de gases.

Es característica la intensa contractura de la pared abdominal (vientre en tabla).

Aumenta con la presión y los movimientos, motivo por el cual el paciente adopta una postura fetal de defensa que consiste en permanecer encorvado en la cama con los miembros inferiores flexionados sobre el vientre, para disminuir la tensión abdominal.

El dolor provocado por la inflamación del apéndice vermiforme se caracteriza por estar bien localizado, ser continuo y sin intermitencias. Es positivo el signo de Blumberg, que consiste en comprimir paulatinamente y con cierta profundidad en la fosa iliaca derecha y soltar bruscamente, momento en el que se produce el dolor (dolor de rebote).

5.2.1.4 CÓLICO BILIAR

La causa más frecuente del cólico biliar, o hepático, es la obstrucción de la vesícula biliar por un cálculo. Es un dolor muy agudo y de carácter cólico y por tanto intermitente, aunque muchas veces es continuo. Aparece generalmente después de una comida copiosa muy abundante en grasas, huevos, salsas, chocolate. También lo puede provocar movimientos continuos que puedan movilizar el cálculo (montar en moto o bicicleta en un terreno accidentado, etc.).

Habitualmente se localiza en hipocondrio derecho y también en epigastrio e irradia hacia la región lumbar, escápula y hombro derecho. Son frecuentes los vómitos y puede darse estreñimiento, aunque también diarrea. A la exploración se observa hiperestesia en el abdomen superior o región infraescapular y signo de Murphy positivo (se colocan las manos para palpar la vesícula de igual modo que el hígado; se pide al paciente que inspire y al tocar la vesícula queda

interrumpida la inspiración debido al dolor que produce el contacto). Hay coluria (orina oscura, del color de bebida de cola), por el paso de bilirrubina hacia la orina.

5.2.1.5 DOLOR PANCREÁTICO

Dolor de gran intensidad y de violenta instauración. Se inicia en epigastrio e irradia en cinturón hacia la izquierda, para generalizarse rápidamente por el resto del abdomen. El dolor es continuo y de una intensidad insoportable. Hay una sensación disneica angustiosa y vómitos prácticamente constantes. A las pocas horas se produce un íleo paralítico reflejo.

5.2.2 PATRÓN ELIMINACIÓN: INTESTINAL

5.2.2.1 DOLOR ANORRECTAL

Las lesiones del recto presentan pocos síntomas debido a la pobreza de terminaciones sensitivas de esta zona.

El dolor más frecuente en esta región es el provocado por lesiones del conducto anal, que es un dolor generalmente de carácter cólico y suele acompañarse de tenesmo intestinal. La irradiación puede producirse hacia la región suprapúbica o sacra. Puede haber espasmo del esfínter anal y del músculo elevador del ano.

5.2.3 PATRÓN ELIMINACIÓN: RENAL

5.2.3.1 DOLOR RENAL

El parénquima renal es pobre en terminaciones nerviosas y el dolor suele deberse a aumento del volumen, retracción o estiramiento de la cápsula, o por compresión o invasión de nervios radiculares.

Se presenta principalmente en la fosa lumbar correspondiente al riñón lesionado o en el flanco e hipocondrio. El dolor suele ser sordo y tenaz. El dolor aumenta a la presión o percusión de la región lumborrenal correspondiente. Existe un dolor paradójico o contralateral, provocado por reflejo viscerovisceral que no responde así a la puñopercusión.

5.2.3.2 CÓLICO NEFRÍTICO

Se presenta cuando hay una obstrucción en la desembocadura de la pelvis renal en el uréter o a cualquier nivel de éste. El cólico es la respuesta muscular enérgica a la distensión ureteral.

Suele aparecer de forma brusca, aunque a veces se presenta como un dolor sordo, disuria, sensación de repleción abdominal. El dolor comienza en la región lumbar, donde tiene su máxima intensidad y de aquí irradia por el flanco abdominal hacia el ombligo, región inguinal, testículos o labio mayor, meato uretral y cara interna del muslo. Es un dolor de tipo cólico y su intensidad aumenta y disminuye, pudiendo ser tal que provoque un estado de colapso (postración y depresión intensa, con insuficiencia circulatoria). La duración varía entre 2 y 3 horas hasta varios días y en este caso hay periodos sin molestias. El dolor cesa al acabar la obstrucción (p. ej., con la expulsión del cálculo).

Las crisis intensas se acompañan de trastornos de la micción como polaquiuria, disuria y estranguria, náuseas, vómitos, cierto grado de íleo paralítico. La puñopercusión y la palpación renal suelen ser dolorosas.

5.2.3.3 DOLOR VESICAL

Suele presentarse en la región vesical, en el hipogastrio, o en la profundidad de la pelvis y se irradia al meato uretral.

5.2.3.4 DOLOR PROSTÁTICO

Se presenta en la región perineal y rectal.

5.2.4 PATRÓN ACTIVIDAD-EJERCICIO: MOTILIDAD

5.2.4.1 PATRÓN ARTRÓSICO[hhh] (O MECÁNICO)

Dolor articular intenso que se produce al iniciar la movilización de la articulación, tiene clara relación con ella y cede con el reposo.

5.2.4.2 PATRÓN ARTRÍTICO[iii]

Dolor articular que se incrementa con el ejercicio, pero su característica principal es que persiste en reposo y en ocasiones dificulta el sueño.

No obstante, la intensidad de los procesos inflamatorios mezcla características, pudiendo ser el dolor artrítico persistente en el reposo.

5.2.4.3 PATRONES TRAUMÁTICOS

Desgarro ligamentoso parcial: En la fase aguda inicial hay dolor agudo y constante; después el dolor aparece sólo con los movimientos que distienden el ligamento o lo presionan.

Rotura ligamentosa: Las molestias son leves tras el reposo y van aumentando con la actividad, ya que al fatigarse los músculos producen tracción sobre el ligamento y aparece el dolor.

Fracturas: El dolor por fractura ósea tiene una importante variabilidad en función de la estructura y tipos de fractura, pero siempre se producen tres síntomas característicos: dolor espontáneo, dolor local a la presión o a la movilidad e impotencia funcional.

5.2.4.4 PATRÓN RADICULAR

El dolor radicular tiene las características propias del neuropático, que ha sido descrito anteriormente en este capítulo. Varía en sus características y distribución en función de la radiculitis correspondiente. Puede aparecer sólo con los movimientos o posiciones en los que la raíz está sometida a presión.

5.2.4.5 PATRÓN DE CLAUDICACIÓN INTERMITENTE

Se produce dolor en las extremidades inferiores tras una marcha de determinada distancia y su intensidad va aumentando hasta obligar al paciente a pararse. Su origen es vascular y se debe a una obstrucción de las arterias que irrigan el miembro inferior, lo que produce una contractura dolorosa por isquemia muscular al aumentar la demanda en la marcha; esta contractura cede con el reposo.

5.2.5 PATRÓN ACTIVIDAD-EJERCICIO: RESPIRACIÓN

5.2.5.1 PARIETAL

Es un dolor mecánico que aparece o se agudiza con los movimientos de la pared torácica o con su palpación. Presenta escasa relación con los movimientos respiratorios. Es provocado por

hhh *Artrosis :* Afección crónica de las articulaciones de naturaleza degenerativa no inflamatoria.

iii *Artritis:* Inflamación de una articulación, de causa infecciosa, inmunológica o metabólica. *Aguda*: caracterizada por dolor, calor, rubor y tumefacción (gota, reumatismo, traumatismo, etc.). *Crónica*: Inflamación de una o varias articulaciones cuya sistemática no está bien establecida y puede ser debido a secuelas de un reumatismo agudo, gota, tuberculosis o sífilis.

lesiones costales (fracturas, tumores, osteítis, etc.), musculares (miositis, etc.), o neurales (p. ej., neuritis por herpes zoster).

5.2.5.2 PLEURAL

Está causado por inflamaciones de la pleura. Cuando afecta a la *pleura parietal*, el dolor es agudo y localizado y aumenta con la inspiración profunda, al toser o estornudar, y disminuye al aparecer el derrame o con las maniobras (decúbito lateral sobre el hemitórax afectado) o artificios (fijación del hemitórax afectado) que inmovilizan la pared costal. No varía con los movimientos torácicos ni al comprimir la pared torácica. El dolor de la *pleura diafragmática* se experimenta en el límite toracoabdominal e irradia, vía nervio frénico, a hombro y cuello. La *pleura mediastínica* provoca dolor retroesternal pudiendo irradiarse a hombros, cuello y brazos; el dolor es constante y no se modifica con la respiración ni la tos.

5.2.5.3 TRAQUEOBRONQUIAL

Se presenta en procesos infecciosos agudos de las vías aéreas altas, como la traqueitis o la traqueobronquitis. Se manifiesta por una quemazón o escozor retroesternal que empeora con la tos, inhalación de aire frío o vapores irritantes y deglución, y se alivia en ambientes húmedos y cálidos y al aparecer la expectoración.

5.2.6 PATRÓN ACTIVIDAD-EJERCICIO: CARDIOVASCULAR

En este apartado vamos a describir el dolor por isquemia de miocardio, que es el más importante y frecuente de todos los que afectan a las estructuras cardiaca y de grandes vasos. El *dolor anginoso* (por insuficiencia coronaria aguda) aparece repentinamente tras un esfuerzo o estrés psíquico. Es de una gran intensidad y se localiza específicamente en la región retroesternal, normalmente hacia el hueco epigástrico. Se describe como un dolor de carácter opresivo o constrictivo, describiéndolo el paciente al colocar los dedos de la mano en garra sobre la región dolorosa. Se irradia típicamente hacia el hombro izquierdo, borde cubital del mismo lado y hasta la flexura del codo y los dos últimos dedos de la mano; también hacia el cuello, mandíbula, mentón, oreja y nuca. Es característico de este dolor la sensación disneica. Las irradiaciones a los dos lados y al brazo derecho son raras.

XX - PROBLEMAS DEL PATRÓN 6: COGNITIVO - PERCEPTUAL

, Ramón del Gallego Lastra, Mª Antonia López Romero

1 INTRODUCCIÓN

Probablemente el patrón 6 sea uno de los que de forma más habitual presenta disfuncionalidad, debido a que el síntoma dolor se presenta con frecuencia y su atención es una prioridad que la NANDA ha incluido en su clasificación desde las primeras ediciones. En este capítulo presentaremos los diagnósticos dolor agudo y dolor crónico. Otros signos que indican disfuncionalidad son los problemas de consciencia, memoria, atención, comprensión y razonamiento o deficiencias sensoriales, especialmente vista y oído. Todo ello son disfuncionalidades del patrón que pueden ser tipificados en diferentes diagnósticos enfermeros o problemas de colaboración que identifican problemas de cuidados de la salud. En este capítulo analizaremos el diagnóstico NANDA sobre los conocimientos que afectan a la salud.

2 DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON EL DOLOR

2.1 DOLOR AGUDO

El diagnóstico enfermero **Dolor agudo** [00132] es definido por la NANDA-I como *Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible, y con una duración inferior a 3 meses*.

Factores relacionados	Características definitorias
• Agentes lesivos biológicos • Uso inapropiado de agente químico • Agentes lesivos.	• Alteración de los parámetros fisiológicos • Cambio en el apetito • Diaforesis • Conducta de distracción • Evidencia de dolor al usar una lista de verificación estandarizada de dolor en aquellos que no se pueden comunicar verbalmente • Conducta expresiva • Expresión facial de dolor • Desesperanza • Estrechamiento del foco • Postura de evitación del dolor • Conducta de protección • Informes de personas próximas sobre cambios en la actividad • Informes de personas próximas sobre la conducta del dolor • Dilatación pupilar • Informa de la intensidad usando escalas estandarizadas de valoración del dolor • Informa de las características del dolor usando un instrumento estandarizado de valoración del dolor • Atención centrada en el yo.
Población de riesgo	**Condiciones asociadas**
No están descritos.	No están descritas.

Control del dolor [1605] definido como *acciones personales para eliminar o reducir el dolor* y **Nivel del dolor** [2102] definido como *intensidad del dolor referido o manifestado*, son los criterios de resultados con el que se puede medir la resolución del diagnóstico.

Para alcanzar el objetivo fijado con el criterio de resultados de Control del dolor la NNN sugiere utilizar la intervención **Administración de analgésicos** [2210] que considera como la principal para resolver el problema y que define como *utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor.* Sin embargo, nosotros consideramos que la intervención más completa es el **Manejo del dolor: agudo** [1410] que se define como *alivio o reducción del dolor a un nivel aceptable para el paciente en el período inmediatamente posterior al daño de los tejidos tras traumatismo, cirugía o lesión*. Esta intervención incluye actividades farmacológicas y no farmacológicas que permiten reducir el dolor moderado sin acudir a fármacos o proporcionar un tratamiento complementario para reducir la necesidad de analgesia farmacológica. En España la enfermera generalista debidamente acreditada puede indicar, usar o autorizar la dispensación de medicamentos según lo previsto en los reales decretos 954/2015 y 1302/2018; en concreto, en lo referente a los analgésicos, la enfermera generalista podrá indicarlos de manera autónoma cuando no estén sometidos a prescripción médica y, en aquellos casos en los que lo estén, cuando formen parte de guías y protocolos que así lo permitan; en el resto de los supuestos la enfermera administra los fármacos mediante prescripción médica.

El plan de cuidados, basado en el Manejo del dolor: agudo se inicia tras realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluirá una consideración especial al dolor durante los movimientos en las actividades de recuperación (p. ej., tos y respiración profunda, deambulación, transferencia a una silla). Como hemos visto en el capítulo anterior, el dolor está considerado un signo vital más y la monitorización mediante escalas, principalmente la EVA, es un requisito de buena práctica profesional. En esta valoración del dolor debemos detenernos en explorar los conocimientos y las creencias del paciente sobre el dolor, incluyendo las influencias culturales.

Seleccionar y poner en marcha intervenciones adaptadas a los riesgos, beneficios y preferencias del paciente (p. ej., farmacológicos, no farmacológicos, interpersonales) para facilitar el alivio del dolor, según corresponda.

Asegurarse de que el paciente reciba atención analgésica adecuada siguiendo los protocolos del centro, vigilando y controlando los efectos secundarios y notificando al médico si las medidas de control del dolor no tienen éxito.

Puede ser eficaz la incorporación de intervenciones no farmacológicas a la etiología del dolor y a las preferencias del paciente. Estas intervenciones pueden ser útiles para los pacientes que no toleran los medicamentos para el dolor, los que desean reducir fármacos múltiples y los que buscan métodos alternativos de alivio del dolor crónico, pero en el dolor agudo nunca deben sustituir a las medidas farmacológicas[43]. Algunas de las más utilizadas son la distracción, la relajación, la música y la biorretroalimentación.

La *relajación* consigue la liberación mental y física de la tensión o el estrés y proporcionar una sensación de autocontrol. Una técnica de relajación es el uso de la respiración abdominal lenta y profunda mientras contrae y relaja una sucesión ordenada de grupos musculares, centrándose en las sensaciones del cuerpo asociadas mientras aleja los pensamientos ajenos. Se sigue un orden comenzando a contraer los músculos de la cara, continuando por los brazos, manos, abdomen, piernas y pies, o comience por los pies y después se van relajando los músculos en orden inverso. Otros ejercicios más complejos como la meditación o el yoga pueden ser útiles.

El mecanismo por el cual la *distracción* es eficaz en el control del dolor es que el sistema activador reticular inhibe los estímulos dolorosos cuando una persona recibe impulsos sensitivos suficientes o excesivos. Incorporar actividades como la música, los juegos, etc., reduce el dolor.

El problema de la distracción es que un observador externo puede cuestionar la existencia o intensidad del dolor.

La estimulación cutánea a través del masaje, aplicación de frío o la electroestimulación transcutánea (TENS) puede ser eficaz, y esto se explica mediante la teoría del control de compuerta según la cual la sensibilidad cutánea es transmitida por neuronas más grandes respecto a las de menor tamaño, que transmiten el dolor[109].

2.2 DOLOR CRÓNICO

El diagnóstico enfermero **Dolor crónico** [00133] es definido por la NANDA-I como *experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave sin un final anticipado o previsible, con una duración superior a 3 meses*.

Factores relacionados	Características definitorias
• Índice de masa corporal por encima del rango normal según la edad y el sexo • Fatiga • Patrón de sexualidad ineficaz • Agente lesivo • Malnutrición • Uso prolongado del ordenador • Malestar psicológico • Manejo repetido de cargas pesadas • Aislamiento social • Vibración de todo el cuerpo.	• Alteración de la habilidad para continuar con las actividades • Anorexia • Evidencia de dolor al usar una lista de verificación estandarizada de dolor en aquellos que no se pueden comunicar verbalmente • Expresa fatiga • Expresión facial de dolor • Informes de personas próximas sobre cambios en la actividad • Informes de personas próximas sobre la conducta del dolor • Expresa alteración del ciclo sueño–vigilia • Informa de la intensidad usando escalas estandarizadas de valoración del dolor • Informa de las características del dolor usando un instrumento estandarizado de valoración del dolor • Atención centrada en el yo.
Población de riesgo	**Condiciones asociadas**
• Personas > 50 años de edad • Personas con antecedentes de abuso • Personas con antecedentes de mutilación genital • Personas con antecedentes de sobre–endeudamiento • Personas con antecedentes de posturas estáticas en el trabajo • Personas con antecedentes de uso inadecuado de sustancias • Personas con antecedentes de ejercicio vigoroso • Mujeres.	• Fracturas óseas • Sensibilización del sistema nervioso central • Enfermedades musculoesqueléticas crónicas • Contusión • Síndrome de aplastamiento • Desequilibrio de neurotransmisores, neuromoduladores y receptores • Enfermedades del sistema inmunitario • Deterioro del metabolismo • Enfermedades genéticas congénitas • Isquemia • Neoplasias • Síndromes de compresión nerviosa • Enfermedades del sistema nervioso • Afección relacionada con postraumatismo • Aumento prolongado del nivel de cortisol • Lesión de tejidos blandos • Lesiones de médula espinal.

Los criterios de resultados que mejor mide la resolución del diagnóstico son, junto con **Control del dolor** y **Nivel del dolor**, vistos en el diagnóstico de Dolor agudo, el NOC **Dolor: efectos nocivos** [2101], definido como *gravedad de los efectos nocivos observados o referidos del dolor crónico en el funcionamiento diario* y **Dolor: repuesta psicológica adversa** [1306] que se define como *gravedad de las respuestas cognitivas y emocionales adversas observadas o referidas al dolor físico*.

Para alcanzar el objetivo fijado la NNN establece como intervención principal el **Manejo de la medicación** [2380], *facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos y de*

libre dispensación. Al igual que en el diagnóstico anterior nosotros consideramos que esa intervención es muy específica de situaciones de dolor que requieren una medicación concreta, pero es más general y adecuada para múltiples situaciones clínicas el **Manejo del dolor: crónico** [1415] que se define como *Alivio o reducción del dolor persistente que continúa más allá del período normal de curación, supuestamente de 3 meses, a un nivel aceptable para el paciente*.

En el dolor crónico el plan de cuidados debe partir de una valoración exhaustiva del dolor que contemplará la exploración de los conocimientos y las creencias del paciente sobre el dolor, incluyendo las influencias culturales, y determinará el efecto del dolor en la calidad de vida (p. ej., sueño, apetito, actividad, cognición, estado de ánimo, relaciones, desempeño en el trabajo y desempeño de roles). La larga convivencia del paciente con el dolor hace relevante la valoración de la capacidad del paciente para el autocuidado y concretamente para la automedicación, ya que los tratamientos son complejos y muy prolongados en el tiempo. Incluso en el caso de que la capacidad de autocuidado sea alta, la responsabilidad del cuidado siempre es de la enfermera y es obligación de ella hacer el seguimiento continuo del plan de cuidados y controlar el cumplimiento del régimen de medicación y los efectos terapéuticos y secundarios. Se ayudará al paciente y a los familiares a realizar los ajustes necesarios en el estilo de vida asociados al régimen terapéutico y al plan de cuidados.

Las medidas analgésicas pueden compaginar las farmacológicas con las no farmacológicas. En este último apartado son especialmente relevantes terapias como TENS, hipnosis, relajación, imaginación guiada, musicoterapia, distracción, terapia lúdica, terapia de actividades, acupresión, aplicación de calor y frío y masaje.

La complejidad de este diagnóstico deriva de haber perdido la propiedad de alerta biológica y haberse convertido en un problema en sí mismo; no es un síntoma sino una dolencia a eliminar o reducir su efecto. En el dolor crónico los elementos emocionales cobran una gran importancia, por eso la enfermera estará atenta a los signos de depresión (p. ej., insomnio, pérdida de apetito, falta de emociones o ideación suicida) y también de ansiedad o miedo (p. ej., irritabilidad, tensión, preocupación, miedo al movimiento).

Es un problema de salud que, según las circunstancias, puede requerir incorporar a la familia al plan de cuidados del paciente y utilizar un enfoque multidisciplinar para el manejo del dolor, considerando la posibilidad de derivar al paciente y a su familia a grupos de apoyo y otros recursos.

3 DIAGNÓSTICO RELACIONADO CON LA COGNICIÓN

3.1 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES

El diagnóstico enfermero **Conocimientos deficientes** [00126] es definido por la NANDA-I como *carencia de información cognitiva relacionada con un tema específico, o su adquisición*.

Factores relacionados	Características definitorias
• Ansiedad • Disfunción cognitiva • Síntomas depresivos • Acceso inadecuado a recursos • Consciencia inadecuada de los recursos • Implicación inadecuada en el aprendizaje • Información inadecuada • Interés inadecuado en el aprendizaje • Conocimiento inadecuado sobre los recursos • Participación inadecuada en la planificación del cuidado	• Seguimiento inadecuado de las instrucciones • Rendimiento inadecuado en una prueba • Declaraciones incorrectas sobre un tema • Conducta inapropiada.

• Confianza inadecuada en el profesional de la salud • Autoeficacia baja • Desinformación • Manifestaciones neurocomportamentales.	
Población de riesgo	**Condiciones asociadas**
• Personas en desventaja económica • Personas analfabetas • Personas con bajo nivel educativo.	• Depresión • Discapacidades del desarrollo • Trastorno neurocognitivo.

Los criterios de resultados con el que se puede medir la resolución del diagnóstico son múltiples y evalúan el conocimiento relativo a diferentes procesos clínicos, como la dieta o actividades prescritas, el régimen terapéutico o el control de la infección. Como **Conocimiento: actividad prescrita** [1811], **Conocimiento: dieta saludable** [1854], etc, según sea el caso.

Para alcanzar los objetivos fijados se proponen numerosas intervenciones principales que tratan sobre la Enseñanza de diferentes procesos clínicos, como **Enseñanza: individual** [5606] definida como *planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para abordar las necesidades particulares del paciente.*

Los cuidados de un paciente con Conocimientos deficientes requieren establecer una relación de confianza haciendo que la enfermera tenga credibilidad como educadora ante el paciente y su familia.

En este caso la valoración inicial se centrará en determinar las necesidades de enseñanza del paciente, su nivel educativo y de conocimientos y comprensión de contenidos. En consecuencia, se evaluarán sus capacidades/discapacidades cognitivas, psicomotoras y afectivas y su motivación y capacidades para aprender información específica (creencias sobre la salud, incumplimientos pasados, malas experiencias con cuidados/aprendizaje de salud y metas conflictivas).

Respecto al *plan de enseñanza* se desarrollarán las siguientes acciones:

- Valorar las capacidades/discapacidades cognitivas, psicomotoras y afectivas del paciente para ajustar el contenido del programa de aprendizaje
- Establecer metas de aprendizaje mutuos y realistas con el paciente
- Identificar los objetivos de enseñanza necesarios para conseguir las metas
- Determinar la secuencia de presentación de la información
- Valorar el estilo de aprendizaje del paciente adaptado a su edad, su cultura y su nivel de conocimientos, seleccionando los métodos/estrategias adecuados, así como los materiales educativos (folletos, vídeos, etc.)
- Utilizar estrategias de enseñanza que se adapten bien al paciente, tales como juegos, enseñanza asistida por ordenador o mapas de conversación; también pueden ser útiles las estrategias de modelado (o demostración de la conducta deseada mediante cómics, vídeos, etc.) o los juegos de rol para ensayar la conducta
- Ajustar la instrucción para facilitar el aprendizaje, según proceda
- Procurar un ambiente que conduzca al aprendizaje
- Evaluar la consecución de los objetivos establecidos por parte del paciente
- Reforzar la conducta, si se considera oportuno
- Corregir las malas interpretaciones de la información, según corresponda
- Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y exprese sus inquietudes
- Seleccionar nuevos métodos/estrategias de enseñanza, si los anteriores hubieran sido ineficaces
- Remitir al paciente a otros especialistas/centros para conseguir los objetivos de enseñanza, si es preciso.

- Documentar el contenido presentado, los materiales escritos proporcionados y la receptividad y comprensión del paciente de la información o las conductas del paciente que indiquen aprendizaje en la historia clínica permanente
- Incluir a la familia, si es adecuado
- Preparar al individuo para los estados fisiológicos y emocionales que puede experimentar durante los intentos iniciales del desarrollo de una nueva conducta.

XXI - VALORACIÓN DEL PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN - AUTOCONCEPTO

Francisco Javier Castro Molina, Felisa Vanessa Martín Casañas

4 INTRODUCCIÓN

La autopercepción es la percepción de todas y cada una de las características propias, así como de los atributos-cualidades y las capacidades-límites que presenta una persona, supeditada ella a la información que se nos hace llegar de todos aquellos que conforman nuestro entorno más próximo. Y son estos, los que conforman nuestro entorno más próximo, el "espejo" donde nos reflejamos y que nos es útil para generar y desarrollar nuestras percepciones. Esta percepción propia es la que está determinada por una extensa variabilidad de formas que en numerosas ocasiones no percibimos de manera objetiva, pero que facilitará a la persona autodefinirse de una manera u otra.

Tanto las inseguridades como los complejos no tienen un fundamento consistente, lo que lleva a que carezcan de valor. Igualmente, las ideas negativas están en la misma órbita, sumergiendo a la persona en estados de preocupación o cuadros de ansiedad, pudiendo, en algunos de los casos, comportarse como limitadores o posibilitadores de superación de las adversidades. No debemos olvidar que las expectativas depositadas en nosotros o el futuro que se ha dispuesto socialmente están íntimamente relacionadas con el autoconcepto y la imagen del individuo. Porque el autoconcepto determinará lo que te dices, de qué manera te lo dices, cómo te lo exiges y cómo lo ejecutas.

5 APUNTES SOBRE LA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

5.1 VALORACIÓN DE LA AUTOPERCEPCIÓN Y EL AUTOCONCEPTO

El presente patrón recoge la descripción de las percepciones y del concepto de uno mismo que tiene la persona. Dentro de éstas, las actitudes[jjj] acerca de uno mismo, la percepción de las capacidades (físicas, cognitivas o afectivas), imagen, identidad, sentido general de valía y patrón emocional general juegan un papel primordial. Junto a los patrones mencionados, se incluye el patrón de la postura corporal y el movimiento, así como el del contacto visual y los patrones de voz y conversación.

Cada persona tiene percepciones y conceptos de sí mismo, como puedan ser la imagen corporal, la imagen social, autocompetencia o todos aquellos estados de humor subjetivos que pueda presentar. Unidas a las evaluaciones positivas están las negativas. Y son estas últimas las que producen malestar personal e influyen en otros patrones funcionales. Así, los cambios, las pérdidas y cualquier amenaza hacia la integridad de la persona pueden influir negativamente en el autoconcepto.

jjj Por *actitud* entendemos los sentimientos positivos o negativos hacia alguna persona, objeto o problema que implica una predisposición a comportarnos de una manera determinada según las creencias y las emociones relacionadas con ellas.

Percepción y cognición caminan de la mano buscando captar sensaciones, la selección y acentuando una serie de datos distintivos que nos ayudan a distinguir objetos y llegar a interpretarlos. Debe quedar claro que la percepción es un proceso mental que permite la integración de sensaciones que nos llegan del exterior y del interior, creando así una representación del objeto conceptualizada, formada por ideas, creencias y sentimientos. Así, la percepción que cada persona tiene de si está compuesta por las siguientes categorías: imagen corporal, identidad personal y autoestima[110].

El objetivo de este patrón es valorar las creencias y evaluaciones relativas a la autovalía y estados del ánimo, además de todos aquellos problemas descritos por el paciente, las razones que da del problema, las acciones llevadas a cabo para resolverlo y sus consecuencias.

Cuestiones clave en la valoración

- ¿Cómo se ve a sí mismo? ¿Está conforme consigo mismo?
- ¿Se han producido cambios en su cuerpo? Si es así, ¿cómo los ha asumido?
- ¿Se enfada frecuentemente? ¿Suele estar aburrido o con miedo?
- ¿Suele estar con ansiedad o depresivo? ¿Tiene periodos de desesperanza?

5.1.1 PERCEPCIÓN DE SÍ MISMO: IMAGEN CORPORAL

Está sujeta a las influencias culturales y sociales, llegando éstas a generar desviaciones que generan desajustes en las personas. La enfermedad y los cambios que produce habitualmente hacen mella e impactan en la persona, generando sentimientos de culpa, tristeza, impotencia, enojo e ira, entre otros. Asumir estos nuevos momentos es fundamental para caminar hacia conductas adaptativas.

5.1.2 PERCEPCIÓN DE SÍ MISMO: IDENTIDAD PERSONAL

La identidad se asocia con los 'rasgos propios de cada persona o personas, de los que son conscientes y que los diferencian del resto de personas o colectivos'. Construir esta conciencia no es fácil. Gracias a las relaciones cognitivas de la realidad exterior, el extra humanum, y las representaciones que la persona hace de esa realidad (imágenes, ideas, creencias), y que están íntimamente relacionadas con la sociedad en la que está inserto, la persona es capaz de lograrlo. En resumidas cuentas, la identidad constituye un conjunto de experiencias personales y expectativas que implican una interrelación continua con un entorno social, generando una construcción que proporciona la representación de tres yo: el social, el individual y el ideal.

Yo social	El individuo se desarrolla en un entorno cultural, y mediante la socialización se asumen ideas, creencias, valores y actitudes socialmente aceptables. Los roles sociales comportan obligaciones, pautas de conducta, patrones de referencia que incluyen las expectativas y valores esperados de una persona.
Yo individual	Mediante reflexión somos capaces de modular las demandas sociales en función de ideas y valores personales. El raciocinio nos permite distinguir entre lo propio y los demás.
Yo ideal	La persona dirige sus capacidades al logro de metas personales vinculadas a un estatus social deseado, reconocimiento y afecto de las personas significativas, cumplimiento de las expectativas del rol y valores morales. El yo ideal relaciona el autoconcepto, vinculado a la esfera cognitiva, y la autoestima, en la esfera afectiva, para cubrir dos necesidades básicas: la autoestima y la autorrealización.

5.1.3 PERCEPCIÓN DE SÍ MISMO: AUTOESTIMA

La autoestima dentro de la teoría desarrollada por Abraham Maslow ocupa un papel destacado dentro de las necesidades básicas. Las necesidades contemplan todos los aspectos de la vida de la persona: desde las más sencillas como las necesidades fisiológicas hasta las más complejas como las intelectuales o las espirituales. En 1943, Maslow propone una jerarquización de las necesidades que van desde necesidades de orden inferior hasta aquellas que considera de orden superior: fisiológicas; de seguridad; de protección; de amor y pertenencia; de estima; y las de autorrealización. Mediante la satisfacción de las tres primeras necesidades, la persona logra sentirse válida y digna, basando este sentimiento en una evaluación alta de su personalidad, lo que conduce a un auto-aprecio y auto-respeto (sin menospreciar el respeto que cualquier persona precisa de los demás congéneres). Maslow establece dos subtipos de estima: el primero es el deseo de fuerza, realización, suficiencia, dominio, competencia, confianza frente al mundo y de independencia y libertad, y el segundo es el deseo de reputación y prestigio, reconocimiento, dominación, importancia y aprecio[111].

Gracias a personas significativas dentro de un colectivo, los individuos logran contrastar sus propias percepciones con las de su grupo de referencia, desarrollando así actitudes y sentimientos, positivos o negativos, hacia sí. Cuando las necesidades no son satisfechas se establece una situación de autoconcepto 'mala' y de sentimientos desadaptados que generan frustración y desesperanza. No debemos olvidar que la necesidad de autorrealización está estructurada en el patrón de percepción de sí mismo, permitiéndonos entender cuáles son las actitudes personales y cómo los procesos vitales se manifiestan en la vida de la persona.

La 'teoría de la indefensión aprendida' establece que algunas personas creen que sus resultados son independientes de sus acciones, explicando los sucesos negativos como un suceso debido a causas de carácter interno (capacidad o competencia), estable y global (afectan a la identidad de la persona). Podemos encontrarnos con dos situaciones: que exista una afectación negativa, minando la autoestima de la persona; o la racionalización de la situación, donde la persona tiende a buscar la causa de lo que le ocurre con la mera intención de la justificación de los hechos (no existe una disminución de la autoestima).

Para la valoración efectiva de este patrón, se requiere la confianza de la persona, siendo necesario establecer con anterioridad una relación interpersonal adecuada que exilie la sensación de ser juzgado. En este patrón tanto la imagen corporal como el autoconcepto-autoestima constituyen los pilares que la fundamentan. En la primera, la imagen corporal, se debe pedir a la persona que describa todos aquellos cambios físicos y/o funcionales de los que tenga constancia: cómo se siente respecto a su cuerpo, cuáles son las opiniones de los demás o qué cree que debería cambiar. En lo referente al segundo, el autoconcepto-autoestima, se le pide a la persona que se describa como ente y que exprese cómo se siente con él. Además, se le pide que verbalice cómo lo describirían los demás, cuáles son sus capacidades más notables: intelectuales, profesionales, afectivas; qué problema tiene en las áreas anteriores; si se siente enfadado, ansioso, deprimido, aburrido, con falta de control o con pérdida de esperanza; qué le gustaría cambiar.

No debemos olvidar que durante la entrevista es fundamental que el entrevistador observe tanto la comunicación verbal como la no verbal, pero haciendo hincapié en esta última para inferir todos aquellos problemas que no se llegan a verbalizar (contacto visual; lapsos de atención; patrón de voz; postura y actitud)[66,112].

5.2 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA AUTOPERCEPCIÓN

Dentro de los factores que influyen en la autopercepción encontramos: fisiopatológicos (enfermedades crónicas; enfermedades transmisibles; quemaduras graves; y pérdidas

funcionales y orgánicas de algunas partes del cuerpo); relacionados con el tratamiento (cirugías tales como amputaciones; quimioterapia que genera en la persona situaciones tales como nauseas, alopecia, caquexia, …); psicosociales (adicciones a drogas; perturbaciones mentales); culturales o situacionales (obesidad; talla baja; embarazo; desempleo; divorcio o viudedad; problemas raciales o religiosos; elección sexual diferente); de maduración (adolescentes: acné, menarquia, …; adulto: menopausia, signos de envejecimiento, …; anciano: jubilación, pérdida funcional, …)[112].

XXII - PROBLEMAS DEL PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO

Francisco Javier Castro Molina, Felisa Vanessa Martín Casañas

6 DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON EL INTUS HUMANUM

6.1 ANSIEDAD

El diagnóstico enfermero **Ansiedad** [00146] es definido como *respuesta emocional a una amenaza difusa en la que el individuo anticipa un peligro inminente no específico, una catástrofe o una desgracia*.

Factores relacionados	Características definitorias
• Conflicto sobre los objetivos vitales • Transmisión interpersonal • Dolor • Estresores • Uso inadecuado de sustancias • Situación no familiar • Necesidades no satisfechas • Conflicto de valores.	**Conductuales/emocionales** • Llanto • Disminución de la productividad • Expresa angustia • Expresa ansiedad sobre los cambios en los episodios vitales • Expresa distrés • Expresa inseguridad • Expresa miedo intenso • Indefensión • Hipervigilancia • Aumento de la cautela • Insomnio • Estado de ánimo irritable • Nerviosismo • Agitación psicomotora • Contacto visual reducido • Conducta de exploración • Atención centrada en el yo **Fisiológicas** • Alteración del patrón respiratorio • Anorexia • Reflejos enérgicos • Opresión en el pecho • Extremidades frías • Diarrea • Sequedad de boca • Expresa dolor abdominal • Expresa sensación de desmayo • Expresa debilidad muscular • Expresa tensión • Rubor facial • Aumento de la tensión arterial • Aumento de la frecuencia cardíaca • Aumento de la sudoración • Náuseas • Dilatación pupilar • Voz temblorosa • Expresa alteración del ciclo sueño–vigilia • Informa de palpitaciones cardíacas • Expresa hormigueo en las extremidades • Vasoconstricción superficial • Temblores • Frecuencia urinaria • Dificultad para iniciar el chorro de orina • Urgencia urinaria **Cognitivas**

	• Alteración de la atención • Confusión • Disminución del campo perceptivo • Expresa falta de memoria • Expresa preocupación • Expresa bloqueo de pensamientos • Cavilación.
Población de riesgo	**Condiciones asociadas**
• Personas que experimentan crisis de desarrollo • Personas que experimentan crisis situacionales • Personas expuestas a toxinas • Personas en el período perioperatorio • Personas con antecedentes familiares de ansiedad • Personas con predisposición familiar.	• Trastornos mentales.

El criterio de resultados con el que se puede medir la resolución del diagnóstico es **Nivel de ansiedad** [1211], definido por la NOC como *gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable,* y **Nivel de ansiedad social** [1216] como *gravedad de la evasión irracional, aprensión, y angustia en anticipación de o durante las situaciones sociales*.

Para alcanzar el objetivo fijado con la NOC se utilizarán las intervenciones **Disminución de la ansiedad** [5820] que la NIC considera como la principal para resolver el problema y que define como *minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto,* y **Mejorar el afrontamiento** [5230], que se define como *facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida*.

A partir de estas dos intervenciones el plan de cuidados requiere que la enfermera cree un ambiente que facilite la confianza y mantener una actitud serena que dé seguridad al paciente, permaneciendo con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo, incluyendo a la familia, si es el caso.

Se le ayudará a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad, animando al paciente a manifestar sus sentimientos, percepciones y miedos. A continuación, se favorece el establecimiento de objetivos apropiados a corto y largo plazo. En caso de que estos objetivos sean complejos se han de descomponer en etapas pequeñas y manejables.

Se proporcionará información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico, siempre en coordinación con el equipo interdisciplinar, y se plantearán objetivos que simbolicen seguridad, explicando todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.

Se debe establecer claramente las expectativas de su comportamiento, evaluando los recursos disponibles para lograr los objetivos.

Algunas técnicas que pueden ser útiles para reducir la ansiedad son los masajes en la espalda/cuello. También planificar actividades recreativas no competitivas que reduzcan tensiones y enseñar al paciente técnicas de relajación como la de relajación muscular progresiva de Jacobson.

Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados mediante la presencia y la escucha activa.

6.2 TEMOR

El diagnóstico enfermero **Temor** [00148] es definido como *una respuesta emocional básica e intensa generada por la detección de una amenaza inminente que implica una reacción de alarma inmediata (American Psychological Association)*.

Factores relacionados	Características definitorias
• Barreras en la comunicación • Respuesta aprendida a la amenaza • Respuesta a estímulos fóbicos • Situación no familiar	• Factores fisiológicos • Anorexia • Diaforesis • Diarrea • Disnea • Aumento de la tensión arterial • Aumento de la frecuencia cardíaca • Aumento de la frecuencia respiratoria • Aumento de la sudoración • Tensión muscular • Náuseas • Palidez • Dilatación pupilar • Frecuencia urinaria • Vómitos • Xerostomía • Conductuales/emocionales • Aprensión • Concentración en la fuente de temor • Disminución de la seguridad en sí mismo • Expresa alarma • Expresa temor • Expresa miedo intenso • Expresa tensión • Conductas impulsivas • Aumento del estado de alerta • Control de impulsos ineficaz • Nerviosismo • Agitación psicomotora
Población de riesgo	**Condiciones asociadas**
• Niños • Personas expuestas a situaciones traumáticas • Personas que viven en áreas con aumento de la violencia • Personas que reciben cuidados terminales • Personas separadas de la fuente de apoyo social • Personas que sufren intervención quirúrgica • Personas con antecedentes familiares de shock postraumático • Personas con antecedentes de caídas • Adultos mayores • Mujeres embarazadas • Mujeres • Mujeres que experimentan alumbramiento.	• Trastornos de sensibilidad

Los criterios de resultados que mejor miden la resolución del diagnóstico son **Nivel del miedo** [1210], definido por la NOC como *gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente identificable* y **Autocontrol del miedo** [1404] que se define como *acciones personales para eliminar o reducir los sentimientos incapacitantes de aprensión, tensión o inquietud secundarios a una fuente identificable.*

Para alcanzar el objetivo fijado se utilizarán las intervenciones de **Disminución de la ansiedad** y **Mejorar el afrontamiento** [5230] ya tratados en el apartado anterior (ver diagnóstico Ansiedad).

6.3 DESESPERANZA

El diagnóstico enfermero **Desesperanza** [00124] es definido por la NANDA-I como *sentimiento de que uno mismo no experimentará emociones positivas, o una mejora en su estado.*

Factores relacionados	Características definitorias
• Estrés crónico • Temor • Apoyo social inadecuado • Pérdida de confianza en el poder espiritual • Pérdida de confianza en los valores trascendentales • Autoeficacia baja • Inmovilidad prolongada • Aislamiento social • Violencia no atendida • Síntomas de enfermedad grave incontrolada.	• Anorexia • Conductas de evitación • Disminución de las muestras afectivas • Disminución de la iniciativa • Disminución de la respuesta a estímulos • Disminución de la verbalización • Síntomas depresivos • Expresa abatimiento • Expresa disminución de la esperanza • Expresa sensación de un futuro incierto • Expresa motivación inadecuada por el futuro • Expresa expectativas negativas sobre sí mismo • Expresa expectativas negativas sobre el futuro • Expresa sentimiento de incompetencia para alcanzar los objetivos • Implicación en el cuidado personal inadecuada • Sobreestima la posibilidad de acontecimientos desafortunados • Pasividad • Expresa alteración del ciclo sueño–vigilia • Conductas suicidas • Incapaz de imaginar la vida en el futuro • Subestima la ocurrencia de acontecimientos positivos.
Población de riesgo	**Condiciones asociadas**
• Adolescentes • Personas desplazadas • Personas en desventaja económica • Personas que experimentan infertilidad • Personas que experimentan pérdidas significativas • Personas con antecedentes de intento de suicidio • Personas con antecedentes de haber sido abandonadas • Adultos mayores • Personas sin empleo.	• Afección grave • Depresión • Deterioro de la condición física • Trastornos de la alimentación y la nutrición • Trastornos mentales • Neoplasias • Afección terminal.

Los dos criterios de resultados que son sugeridos para la resolución del diagnóstico son **Energía psicomotora** [0006], definido por la NOC como *vigor y energía personal para mantener actividades de la vida diaria, nutrición y seguridad personal*, y **Esperanza** [1201] *optimismo que es personalmente satisfactorio y revitalizante*.

Para alcanzar el objetivo fijado se sugieren dos intervenciones principales, la primera es **Control del estado de ánimo** [5330] que NNN considera como la principal para resolver el problema y que define como *proporcionar seguridad, estabilidad, recuperación y mantenimiento a un paciente que experimenta un estado de ánimo disfuncionalmente deprimido o eufórico*, y **Apoyo emocional** [5270] que se define como *proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión*; las actividades propuestas para el primero deben centrarse, básicamente en evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales) inicialmente y con regularidad, a medida que progresa el tratamiento; determinar si el paciente supone un riesgo para la seguridad de sí mismo y de los demás, considerando la posibilidad de hospitalización del paciente con alteraciones del estado de ánimo que plantea riesgos para la seguridad, que es incapaz de satisfacer las necesidades de autocuidado y/o carece de apoyo social; y poner en práctica las precauciones necesarias para salvaguardar al paciente y a los que le rodean del riesgo de daños físicos (suicidio, autolesiones, fugas, violencia). Además, se debe ayudar con el autocuidado, si es necesario, vigilando el estado físico del paciente (peso corporal e hidratación)

y controlando y regulando el nivel de actividad y estimulación del ambiente de acuerdo con las necesidades del paciente.

Las actividades propuestas para el segundo son: explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones; apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados, escuchando las expresiones de sentimientos y creencias, lo que facilita la identificación por parte del paciente del patrón habitual de afrontamiento de los temores. Es fundamental proporcionar ayuda en la toma de decisiones como permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad.

6.4 IMPOTENCIA

El diagnóstico enfermero **Impotencia** [00125] es definido por la NANDA-I como *estado de pérdida real o percibida del control o la influencia sobre los factores o eventos que afectan el bienestar, la vida personal o la sociedad (adaptado de la American Psychology Association)*.

Factores relacionados	Características definitorias
• Ansiedad • Cansancio del rol de cuidador(a) • Entorno institucional disfuncional • Deterioro de la movilidad física • Interés inadecuado en la mejora de la situación personal • Relaciones interpersonales inadecuadas • Conocimiento inadecuado para manejar una situación • Motivación inadecuada en la mejora de la situación personal • Participación inadecuada en el régimen terapéutico • Apoyo social inadecuado • Estrategias de afrontamiento ineficaces • Baja autoestima • Dolor • Percepción de complejidad del régimen terapéutico • Percepción de estigma social • Marginación social.	• Retraso en la recuperación • Síntomas depresivos • Expresa dudas sobre la ejecución del rol • Expresa frustración por la incapacidad para realizar actividades previas • Expresa falta de propósito en la vida • Expresa deshonra • Fatiga • Pérdida de independencia • Informa de sensación de control inadecuada • Alienación social.
Población de riesgo	**Condiciones asociadas**
• Personas en desventaja económica • Personas expuestas a acontecimientos traumáticos.	• Trastornos cerebrovasculares • Trastornos cognitivos • Afección grave • Afección progresiva • Impredictibilidad de la trayectoria de la afección.

Los criterios de resultados sugeridos para la resolución del diagnóstico son **Creencias sobre la salud: Capacidad percibida para actuar** [1701], definido por la NOC como *convicciones personales de que una persona puede cambiar en una determinada conducta de salud*, y **Creencias sobre la salud: Percepción de control** [1702], definido como *convicción personal de que una persona puede influir en el resultado sobre la salud*.

Para alcanzar el objetivo fijado se sugieren dos intervenciones principales, la primera es **Apoyo en la toma de decisiones** [5250] que la NIC define como *proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre la asistencia sanitaria*. Las actividades propuestas son fundamentalmente determinar si hay diferencias entre el punto de vista del paciente y de los profesionales sanitarios sobre la afección del paciente, ayudando al paciente a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales; ayudar al paciente a identificar las ventajas e inconvenientes de cada alternativa; y finalmente facilitar la toma de decisiones en colaboración y respetar el derecho del paciente a recibir o no información.

La otra intervención principal es **Mejora de la autoconfianza** [5395], definida como *fortalecer la confianza de una persona en su capacidad de realizar una conducta saludable*, y las actividades

son: la de explorar la percepción del individuo de su capacidad de desarrollar la conducta deseada, y la percepción del individuo de los beneficios de ejecutar la conducta deseada. Además, la persona debe identificar los obstáculos al cambio de conducta, comprometiéndose con un plan de acción para cambiar la conducta.

6.5 BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL

El diagnóstico enfermero **Baja autoestima situacional** [00120] es definido por la NANDA-I como *cambio de una percepción positiva a una percepción negativa sobre el valor, la aceptación, el respeto, la competencia y la actitud hacia uno mismo*.

Factores relacionados	Características definitorias
• Conducta incongruente con los valores • Disminución del control del entorno • Disminución de la aceptación consciente • Dificultad para aceptar la alteración en el rol social • Dificultad para gestionar las finanzas • Trastorno de la imagen corporal • Fatiga • Temor al rechazo • Deterioro de la religiosidad • Conducta de vinculación inadecuada • Cohesión familiar inadecuada • Respeto inadecuado por parte de los demás • Apoyo social inadecuado • Habilidades de comunicación ineficaces • Autoeficacia baja • Perfeccionismo mal adaptado • Resignación negativa • Impotencia • Estigmatización • Estresores • Expectativas propias no realistas • Valores incongruentes con las normas culturales.	• Síntomas depresivos • Expresa soledad • Indefensión • Conducta indecisa • Insomnio • Soledad • Conducta no asertiva • Falta de propósito • Cavilación • Verbalizaciones de negación de sí mismo • Subestimación de su habilidad para gestionar la situación.
Población de riesgo	**Condiciones asociadas**
• Personas que experimentan un cambio en el entorno en el que viven • Personas que experimentan alteración en la imagen corporal • Personas que experimentan alteración en el estatus económico • Personas que experimentan alteración en la función del rol • Personas que experimentan muerte de personas significativas • Personas que experimentan divorcio • Personas que experimentan nuevas adiciones a la familia • Personas que experimentan fracasos repetidos • Personas que experimentan embarazo no planificado • Personas con transiciones del desarrollo difíciles • Personas con antecedentes de haber sido abandonadas • Personas con antecedentes de abuso • Personas con antecedentes de abandono • Personas con antecedentes de pérdidas • Personas con antecedentes de rechazo.	• Depresión • Deterioro funcional • Trastornos mentales • Afección física.

El criterio de resultados utilizado es el de **Autoestima** [1205], que se define como *juicio personal sobre la capacidad de uno mismo*, y las intervenciones **Mejorar el afrontamiento** [5230] que se define como *facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida*; y **Potenciación de la autoestima** [5400] que se define como *ayudar a un paciente a que mejore el juicio personal de su autovalía*. Son sus actividades: ayudar a la

persona a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo, así como a evaluar los recursos disponibles para lograr los objetivos y a descomponer los objetivos complejos en etapas pequeñas y manejables. Es importante fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes, utilizar un enfoque sereno, tranquilizador y proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

6.6 BAJA AUTOESTIMA CRÓNICA

El diagnóstico enfermero **Baja autoestima crónica** [00119] es definido por la NANDA-I como *percepción negativa de larga duración sobre el valor, la aceptación, el respeto, la competencia y la actitud hacia uno mismo*.

Factores relacionados	Características definitorias
• Disminución de la aceptación consciente • Dificultad para gestionar las finanzas • Trastorno de la imagen corporal • Fatiga • Temor al rechazo • Deterioro de la religiosidad • Afecto recibido inadecuado • Conducta de vinculación inadecuada • Cohesión familiar inadecuada • Pertenencia inadecuada a un grupo • Respeto inadecuado por parte de los demás • Sensación de pertenencia inadecuada • Apoyo social inadecuado • Habilidades de comunicación ineficaces • Aprobación insuficiente por parte de los demás • Autoeficacia baja • Duelo inadaptado • Resignación negativa • Refuerzo negativo repetido • Incongruencia espiritual • Estigmatización • Estresores • Valores incongruentes con las normas culturales.	• Dependencia de las opiniones de los demás • Síntomas depresivos • Culpa excesiva • Búsqueda de reafirmación excesiva • Expresa soledad • Desesperanza • Insomnio • Soledad • Conducta no asertiva • Conformismo • Contacto visual reducido • Rechazo a la retroalimentación positiva • Informa de fracasos repetidos • Cavilación • Verbalizaciones de negación de sí mismo • Vergüenza • Ideas suicidas • Subestimación de su habilidad para gestionar la situación.
Población de riesgo	**Condiciones asociadas**
• Personas en desventaja económica • Personas que experimentan fracasos repetidos • Personas expuestas a situaciones traumáticas • Personas con transiciones del desarrollo difíciles • Personas con antecedentes de haber sido abandonadas • Personas con antecedentes de abuso • Personas con antecedentes de abandono • Personas con antecedentes de pérdidas.	• Depresión • Deterioro funcional • Trastornos mentales • Afección física.

El criterio de resultados que mejor mide la resolución del diagnóstico es **Autoestima** [1205], definido por la NOC como *juicio personal sobre la capacidad de uno mismo.*

Para alcanzar el objetivo fijado se utilizará la intervención **Potenciación de la autoestima** [5400] que se considera como la principal para resolver el problema y que define como *ayudar a un paciente a que explore y comprenda sus pensamientos, sentimientos, motivaciones y conductas*. Las actividades propuestas son: determinar el locus de control del paciente y la confianza del paciente en su propio criterio. También es fundamental animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y a conversar consigo mismo y a verbalizar autoafirmaciones positivas a diario, estableciendo objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.

7 DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON EL *EXTRA HUMANUM*

7.1 TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL

El diagnóstico enfermero **Trastorno de la imagen corporal** [00118] es definido por la NANDA-I como *confusión en la imagen mental del yo físico*.

Factores relacionados	Características definitorias
• Conciencia corporal • Disfunción cognitiva • Conflicto entre las creencias espirituales y el régimen terapéutico • Conflicto entre los valores y las normas culturales • Desconfía de la función corporal • Temor a la recurrencia de la enfermedad • Autoeficacia baja • Baja autoestima • Obesidad • Dolor residual en la extremidad • Percepción no realista de los resultados del tratamiento • Expectativas propias no realistas.	• Alteración de la propiocepción • Alteración en la implicación social • Evita mirar el propio cuerpo • Evita tocar el propio cuerpo • Comparación constante de uno mismo con los demás • Síntomas depresivos • Expresa preocupaciones sobre la sexualidad • Expresa temor a la reacción de los demás • Expresa preocupación con el cambio • Expresa preocupación con la parte perdida del cuerpo • Centra la atención en el aspecto anterior • Centra la atención en la función pasada • Centra la atención en la fuerza pasada • Se pesa a menudo • Esconde una parte del cuerpo • Monitoriza los cambios del propio cuerpo • Nombra una parte del cuerpo • Nombra partes perdidas del cuerpo • Falta de atención a la parte del cuerpo que no funciona • Respuesta no verbal a cambios corporales • Respuesta no verbal a la percepción de cambios corporales • Sobreexposición de una parte del cuerpo • Percepciones que reflejan una visión alterada del aspecto del propio cuerpo • Rechazo a reconocer el cambio • Informa sentir que uno ha fracasado en la vida • Ansiedad social • Usa pronombres impersonales para describir una parte del cuerpo • Usa pronombres impersonales para describir una parte del cuerpo perdida.
Población de riesgo	**Condiciones asociadas**
• Supervivientes de cáncer • Personas que experimentan alteración del peso corporal • Personas que experimentan transición de desarrollo • Personas que experimentan pubertad • Personas con función corporal alterada • Personas con cicatrices • Personas con estomas • Mujeres.	• Trastorno por atracones • Dolor crónico • Fibromialgia • Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) • Deterioro del funcionamiento psicosocial • Trastornos mentales • Procedimientos quirúrgicos • Régimen terapéutico • Heridas y lesiones.

El criterio de resultados que mejor mide la resolución del diagnóstico es **Imagen corporal** [1200], definido por la NOC como *percepción de la propia apariencia y de las funciones corporales*.

Para alcanzar el objetivo fijado se utilizará la intervención **Mejora de la imagen corporal** [5220] considerada como principal para resolver el problema y que se define como *mejora de las percepciones y actitudes conscientes e inconscientes del paciente hacia su cuerpo*. Las actividades propuestas son: determinar las expectativas corporales del paciente, en función del estadio de desarrollo y si el disgusto percibido por ciertas características físicas crea una parálisis social disfuncional en adolescentes y otros grupos de alto riesgo. Además, es necesario orientar anticipatoriamente en la preparación del paciente para los cambios de imagen corporal que sean

previsibles, para comentar los cambios causados por la enfermedad o cirugía, según corresponda, para determinar el alcance de los cambios reales producidos en el cuerpo o en su nivel de funcionamiento y para separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal, según corresponda. Debemos observar la frecuencia de las afirmaciones de autocrítica, así como si el paciente puede mirar la parte corporal que ha sufrido el cambio o si hay afirmaciones que identifican las percepciones de imagen corporal que tengan que ver con la forma y el peso corporal.

7.2 DESCUIDO PERSONAL

El diagnóstico enfermero **Descuido personal** [00193] es definido por la NANDA-I como *constelación de conductas culturalmente enmarcadas que implican una o más actividades de autocuidado en las que hay un fracaso para mantener estándares de salud y bienestar socialmente aceptables* (Gibbons, Lauder y Ludwick, 2006).

Factores relacionados	Características definitorias
• Disfunción cognitiva • Temor a la institucionalización • Deterioro de la función ejecutiva • Incapacidad para mantener el control • Elección del estilo de vida • Manifestaciones neurocomportamentales • Estresores • Uso inadecuado de sustancias.	• Higiene del entorno inadecuada • Higiene personal inadecuada • No adherencia a las actividades relacionadas con la salud.
Población de riesgo	**Condiciones asociadas**
No están descritos.	• Síndrome de Capgras[kkk] • Disfunción del lóbulo frontal • Deterioro funcional • Dificultad para el aprendizaje • Simulación de enfermedad • Trastornos mentales • Trastorno psicótico.

Los criterios de resultados que mejor miden la resolución del diagnóstico son **Bienestar personal** [2002] definido por la NOC como *grado de percepción positiva del propio estado de salud actual*; **Estado de salud personal** [2006] cuya definición es *funcionamiento físico, psicológico, social y espiritual en conjunto de un adulto de 18 años de edad*; y **Nivel de autocuidado** [0313] definido como *acciones personales para realizar actividades básicas de cuidado personal y las actividades instrumentales de la vida diaria*.

Para alcanzar el objetivo fijado se sugiere la intervención **Ayuda con el autocuidado** [1800], que lleva aparejada las siguientes actividades: considerar la cultura del paciente al fomentar actividades de autocuidado y la edad del paciente al promover las actividades de autocuidado. Es primordial comprobar la capacidad del paciente para ejercer un autocuidado independiente, observando la necesidad por parte del paciente de dispositivos adaptados para la higiene personal, vestirse, el arreglo personal, el aseo y alimentarse y promoviendo un ambiente terapéutico garantizando una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada. Por último, hay que ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia, siempre alentándolo a la independencia, pero interviniendo si el paciente no puede realizar la acción dada.

kkk Delirio en el que el paciente tiene la creencia de que personas próximas a él han sido sustituidas por dobles exactos.

7.3 RIESGO DE VIOLENCIA AUTODIRIGIDA

*El diagnóstico enfermero **Riesgo de violencia autodirigida** [00140] es definido por la NANDA-I como susceptible de tener conductas que demuestren que una persona puede ser física, emocional y/o sexualmente lesiva para sí misma.*

Factores de riesgo
• Señales conductuales de intento de suicidio • Conflicto sobre la orientación sexual • Conflicto en las relaciones interpersonales • Preocupación laboral • Implicación en actos sexuales autoeróticos • Recursos personales inadecuados • Aislamiento social • Ideas suicidas • Plan suicida • Señales verbales de intentos de suicidio.
Población de riesgo
• Personas 15–19 años de edad • Personas > 45 años de edad • Personas con ocupaciones con alto riesgo de suicidio • Personas con antecedentes de múltiples intentos de suicidio • Personas con patrón de dificultades en el entorno familiar.
Condiciones asociadas
• Problemas de salud mental • Problemas de salud física • Trastorno psicológico.

Los criterios de resultados que mejor pueden medir la resolución del diagnóstico son **Autocontrol de la mutilación** [1406], definido por la NOC como *acciones personales para reprimir las lesiones autoinfligidas intencionadas (no letales)*, y **Autocontrol del impulso suicida** [1408] definido como *acciones personales para contener acciones e intentos de suicidio.*

Para alcanzar el objetivo fijado se sugieren dos intervenciones principales, la primera es **Control del estado de ánimo** [5330] (Ver diagnóstico Desesperanza).

La otra intervención principal es **Manejo de la conducta: autolesión** [4354], definida como *ayudar al paciente para que disminuya o elimine la conducta de autolesión o abuso de sí mismo*, y las actividades van desde determinar el motivo, la razón o la dinámica subyacente de los comportamientos como la de identificar el historial previo de conductas de automutilación, desarrollando expectativas y consecuencias conductuales apropiadas basadas en el nivel de funcionamiento cognitivo y capacidad de autocontrol del paciente. Es importante también monitorizar al paciente en busca de impulsos autodestructivos que puedan convertirse en pensamientos o gestos suicidas y ayudar al paciente a identificar situaciones y sentimientos que puedan provocar lesiones autoinfligidas o que provoquen comportamientos autoinfligidos.

XXIII - VALORACIÓN DEL PATRÓN 8: ROL-RELACIONES

Ramón del Gallego Lastra, Consuelo Álvarez Plaza

1 INTRODUCCIÓN

Describe el patrón de compromisos de rol y relaciones. Incluye la percepción de los roles más importantes y las responsabilidades en la situación actual del paciente. Están incluidos la satisfacción o no en las relaciones familiares, laborales o sociales y las responsabilidades relacionadas con estos roles.

El objetivo es describir el patrón del paciente en los roles familiares y sociales; las percepciones del paciente, y los problemas que percibe, así como las acciones llevadas a cabo y sus efectos[1].

Cuestiones clave en la valoración

- ¿Vive solo o en familia? ¿Cuántos miembros componen el núcleo familiar y quiénes son?
- ¿Depende del paciente la familia para algunas cosas importantes?
- ¿Existen problemas en las relaciones familiares: con la pareja, con los hijos, con los padres?
- ¿Cómo se vive en el seno familiar la enfermedad actual?
- ¿Hay problemas de relación en el trabajo o en el lugar de estudios? ¿Hay satisfacción con lo que se realiza en los mismos?
- ¿Pertenece a algún grupo social?
- ¿Tiene amigos? ¿Cómo se relaciona con ellos?
- ¿Se siente parte de la comunidad a la que pertenece?

2 RELACIONES SOCIALES

Las personas nacemos en el seno de un grupo social y en el proceso de socialización aprendemos pautas culturales que nos permiten saber cómo actuar en determinadas circunstancias, qué se debe esperar de los demás, cómo se supone que se tiene que reaccionar en cada caso y qué pueden los demás esperar de nosotros. En definitiva, aprendemos a relacionarnos con los demás. Podemos definir *relaciones sociales* como el conjunto de interacciones entre dos o más personas, de acuerdo con *normas* específicas. Son formas de vincular a los individuos. En función del vínculo pueden ser relaciones afectivas, laborales, familiares o circunstanciales[113].

Estas formas de relación específicas generan unas pautas de comportamiento denominadas *roles sociales* y que hacen referencia a la función que desempeña una persona en un cierto contexto social en una comunidad de individuos que comparten cultura e interactúan entre sí. El rol social es una imposición de la sociedad al sujeto que se desarrolla a partir de instituciones como la familia, el Estado y la religión[114]. La sociedad, a través de estas instituciones, se encarga

de hacer cumplir esas expectativas con un sistema de control mediante incentivos, premios y castigos, entre los que cuenta como elemento importante la aceptación social.

La interacción entre personas es primordial para el desarrollo humano y también para el bienestar psicológico y la salud de la persona. La comunicación que implica, puede ser un mecanismo eficaz de reducción de la tensión psicológica. Las relaciones sociales tienen, entre otras, las siguientes funciones:

1. *Establecimiento de vínculos significativos*. Contribuye a la estabilidad emocional, favoreciendo sentimientos de utilidad.

2. *Expresión de opiniones y creencias*. Permite que confirmemos la validez de nuestras razones y juicios, por lo que es más probable que nos relacionemos con personas con creencias y valores similares a los nuestros.

3. *Refuerzo y satisfacción de necesidades*. Cubre principalmente las necesidades de afecto y pertenencia, ayudando a dar sentido a nuestras acciones. Se interacciona preferentemente con personas que contribuyan a aumentar nuestra autoestima.

Todo ello está integrado en el concepto de *cultura* que no sólo establece modelos de conducta sino, y más importante, de ideas, creencias, conceptos, valores, símbolos; una manera de pensar y de sentir que condicionan el comportamiento de las personas que viven en esa sociedad (p. ej. modelos de relaciones académicas, de género, gustos culinarios, etc.). La potencia de los modelos aprehendidos por socialización primaria se observa en que se incorporan a la personalidad individual como si fueran conductas o formas de pensar naturales. Se interiorizan como obligaciones morales implícitas a la vida social. La pérdida de la capacidad para ejercer un rol, por enfermedad, por ejemplo, puede crear graves conflictos personales a un individuo.

3 FACTORES QUE AFECTAN AL ROL Y LAS RELACIONES SOCIALES

Uno de los factores principales es la etapa de la vida y los roles que representamos en cada una de ellas.

También influyen las circunstancias personales que experimentamos: Barreras idiomáticas o culturales; pérdida de empleo; divorcio o viudedad; aislamiento social, y toxicomanías.

Otra fuente de cambios importantes lo constituye la enfermedad y su tratamiento: enfermedades crónicas, transmisibles; discapacidades físicas o psíquicas; déficits sensoriales; depresión; amputaciones; hospitalización prolongada.

4 VALORACIÓN DE LOS ROLES Y RELACIONES SOCIALES

Se atenderá a tres ámbitos de interés: la capacidad para comunicarse, la competencia para mantener relaciones sociales satisfactorias y el desarrollo de los roles sociales[17].

4.1 COMUNICACIÓN

- Estilo de comunicación verbal: locuaz, reticente, defensiva
- Dificultades en la comunicación verbal: tartamudez, idioma, alteraciones del lenguaje
- Comunicación no verbal: congruencia.

4.2 RELACIONES Y ROLES SOCIALES

- Vive solo o acompañado.
- Capacidad para convivir con otros (grado de dependencia del grupo familiar, relaciones en el hogar, trabajo, comunidad).
- Conflictos en la ejecución de roles: recursos para la resolución.
- Ambiente familiar: vivienda, problemas en algunos miembros de la familia (enfermedades, toxicomanías, desempleo, violencia, etc.) y recursos para afrontarlos.
- Barreras en las relaciones sociales (aislamiento, falta de motivación, depresión, enfermedades y minusvalías).
- ¿Existe alguna red de apoyo a la persona o la familia?
- ¿La persona pertenece a algún grupo a asociación en el que participe con cierta periodicidad?
- Sentimientos y comportamientos en caso de una pérdida real o percibida y recursos para superarla.
- ¿Hay un cuidador principal a cargo de persona dependiente?
    - ¿El cuidador principal es formal o informal?
    - ¿Desde cuándo ejerce el cuidado? ¿Cuánto tiempo diario dedica al cuidado?
    - Tipo de atención prestada por el cuidador principal: limpieza, compras, gestiones, cuidados de salud.
    - Valoración del cansancio del rol del cuidador con la escala Zarit.

4.2.1 CUESTIONARIO DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR - ZARIT

El cuestionario está dirigido al cuidador principal de personas dependientes, generalmente mujer de la familia o contratada. Son preguntas sobre experiencias y sentimientos del cuidador y al ser administrado el profesional debe indicar que no hay preguntas correctas o incorrectas[115].

Tabla 23.1.: Cuestionario de sobrecarga del cuidador-Zarit

Cuestionario de sobrecarga del cuidador-Zarit	
1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Ud.?	
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	
8. ¿Piensa que su familiar depende de Ud.?	
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	
22. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?	

Cada pregunta se puntúa con la siguiente escala, según la propuesta original de los autores, siendo el valor máximo de 88:

0. Nunca
1. Rara vez
2. Alguna vez
3. Bastantes veces
4. Casi siempre

Al interpretar los resultados se suelen utilizar unos puntos de corte para establecer niveles de sobrecarga, aunque esta categorización no aparece en el artículo original de Zarit[116]:

- < 46 No hay sobrecarga
- 47 a 55 Sobrecarga leve
- 56 a 88 Sobrecarga intensa

A pesar de ser el cuestionario más utilizado para este fin, también es muy recomendado un *cuestionario Zarit reducido* que por su brevedad y precisión puede ser muy útil en la clínica para detectar la sobrecarga cuando se contacta con la persona cuidadora[117].

Tabla 23.2.: Cuestionario de sobrecarga del cuidador-Zarit reducido

Cuestionario de Zarit reducido	
1. ¿Siente usted que a causa del tiempo que dedica a su familiar/paciente, ya no tiene tiempo suficiente para usted misma(o)?	
2. ¿Se siente estresada(o) al tener que atender a su familiar/paciente y tener además que atender a otras responsabilidades?	
3. ¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de forma negativa?	
4. ¿Se siente agotada/o cuando tiene que estar junto a su familiar/paciente?	
5. ¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar/paciente?	
6. ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
7. En general, ¿se siente muy sobrecargada/o al tener que cuidar de su familiar/paciente?	

Cada pregunta se puntúa con la siguiente escala, según la propuesta original de los autores:

1. Nunca
2. Casi nunca
3. A veces
4. Frecuentemente
5. Casi siempre

El punto de corte se sitúa en el 17, que indica sobrecarga, aunque esta escala no puede diferenciar la intensidad de la sobrecarga.

4.3 EXAMEN OBJETIVO

- Nivel académico
- Conflictos familiares y otros (denuncias, etc.)
- Desempleo; problemas financieros
- Estadísticas de empleo y violencia en el barrio.

XXIV - PROBLEMAS DEL PATRÓN 8: ROL-RELACIONES

Ramón del Gallego Lastra, Consuelo Álvarez Plaza

1 DIAGNÓSTICO RELACIONADO CON LA COMUNICACIÓN

1.1 DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL

El diagnóstico enfermero **Deterioro de la comunicación verbal** [00051] es definido por la NANDA-I como *capacidad reducida, retardada o ausente para recibir, procesar, transmitir y/o usar un sistema de símbolos*.

Factores relacionados	Características definitorias
• Alteración del autoconcepto • Disfunción cognitiva • Disnea • Labilidad emocional • Limitaciones del entorno • Estimulación inadecuada • Baja autoestima • Percepción de vulnerabilidad • Obstáculos psicológicos • Valores incongruentes con las normas culturales.	• Ausencia de contacto visual • Agrafia • Comunicación alternativa • Anartria • Afasia • Comunicación aumentativa • Disminución de la productividad del habla • Disminución del rango del habla • Disminución del deseo de participar en la interacción social • Dificultad para comprender la comunicación • Dificultad para establecer interacción social • Dificultad para mantener la comunicación • Dificultad para usar expresiones corporales • Dificultad para usar expresiones faciales • Dificultad con la atención selectiva • Muestra emociones negativas • Disartria • Disgrafia • Dislalia • Disfonía • Fatiga con la conversación • Deterioro de la habilidad para hablar • Deterioro de la habilidad para usar expresiones corporales • Deterioro de la habilidad para usar expresiones faciales • Incapacidad para hablar el idioma del cuidador(a) • Verbalización inapropiada • Rechazo obstinado a hablar • Pronunciación poco clara.
Población de riesgo	**Condiciones asociadas**
• Personas con barreras de comunicación • Personas sin persona significativa.	• Alteración de la percepción • Enfermedades del sistema nervioso central • Discapacidades del desarrollo • Parálisis facial flácida • Espasmo hemifacial • Enfermedad de la neurona motora • Neoplasias • Trastorno neurocognitivo • Defecto orofaríngeo • Enfermedades del sistema nervioso periférico • Trastorno psicótico • Debilidad de los músculos respiratorios • Sialorrea • Trastornos del habla

	• Enfermedades de la lengua • Traqueostomía • Régimen terapéutico • Insuficiencia velofaríngea • Disfunción de las cuerdas vocales.

Coincidiendo con Ackley y Ladwig elegimos el criterio de resultados de **Comunicación** [0902], por tener un carácter más general, y que es definido por la NOC como *recepción, interpretación y expresión de los mensajes verbales, escritos y no verbales*.

Alcanzar el objetivo fijado estará muy condicionado por la etiología del problema y así habrá que seleccionar las intervenciones. Nosotros, plantearemos un plan de cuidados basado en dos intervenciones muy generales: **Mejora de la comunicación: déficit auditivo** [4974], definido como *uso de estrategias que aumenten las capacidades de comunicación de las personas con hipoacusia*, y **Mejora de la comunicación: déficit del habla** [4976] que es *empleo de estrategias que aumenten las capacidades de comunicación de las personas con dificultades para el habla*.

El plan de cuidados para *mejorar la capacidad auditiva* atenderá a una higiene adecuada del conducto auditivo instruyendo al paciente para que no utilice cuerpos extraños más pequeños que las yemas de sus dedos (p. ej., bastoncillos de algodón, horquillas, palillos dentales y otros objetos afilados) para extraerse el cerumen; haciéndolo con el extremo enrollado de una gasa mientras se tracciona hacia abajo de la oreja o mediante la irrigación del oído para la extracción del exceso de cerumen si la actitud expectante, la extracción manual y los agentes ceruminolíticos son ineficaces.

Identificar el método de comunicación preferido por el paciente (p. ej., verbal, escrito, lectura de labios o lenguaje de signos) en el plan asistencial y pedir al paciente que sugiera estrategias para mejorar la comunicación (p. ej., hablar hacia el mejor oído y moverse a una zona bien iluminada).

Lograr la atención del paciente antes de hablarle (es decir, lograr su atención mediante el contacto), evitando ambientes ruidosos.

No gritar, utilizando una voz más baja y profunda al hablar, empleando gestos cuando sea necesario y facilitando la lectura de labios poniéndose directamente frente al paciente en un lugar bien iluminado. Simplificar el lenguaje (es decir, no utilizar jerga y emplear frases cortas y sencillas), cuando corresponda.

Escuchar con atención, permitiendo que el paciente tenga suficiente tiempo para procesar la comunicación y responder.

Evitar una forma de hablar infantil y las expresiones exageradas.

Evitar fumar, mascar alimentos o chicle y cubrirse la boca al hablar.

Verificar lo que se ha dicho o escrito utilizando la respuesta del paciente antes de continuar.

Facilitar el uso de audioprótesis y de dispositivos de escucha asistida (p. ej., amplificador telefónico, dispositivos con cable, modulación de frecuencia personal y ordenadores).

Remitir al paciente al profesional de asistencia primaria o al especialista para la evaluación, tratamiento y rehabilitación auditiva.

El plan de cuidados para *mejorar el habla* parte de una monitorización adecuada de la velocidad, la presión, el ritmo, la cuantía, el volumen y la dicción del habla.

Proporcionar métodos alternativos a la comunicación hablada (p. ej., tableta de escritura, tarjetas, parpadeo, tabla de comunicación con imágenes y letras, señales con la mano u otros gestos, ordenador).

Proporcionar métodos alternativos de escritura o lectura, según corresponda.

Asegurar que el sistema de llamada está al alcance y que en el sistema central de avisos está indicado que el paciente no puede hablar.

Repetir lo que dice el paciente para asegurar la precisión.

Instruir al paciente para que hable despacio.

Colaborar con la familia y el logoterapeuta o logopeda para desarrollar un plan dirigido a lograr una comunicación eficaz.

Utilizar un intérprete, según se precise.

Ackley y Ladwig sugieren para este diagnóstico dos intervenciones que consideramos imprescindible en cualquier problema que incremente la vulnerabilidad y el sufrimiento de la persona; son la **Presencia** [5340] y el **Contacto** [5460].

Una de las principales características que debe desarrollar la enfermera para proporcionar un cuidado humano y de calidad es mostrar una actitud de aceptación, comunicando al paciente empatía y comprensión por la experiencia que está pasando. Se ha de establecer una relación de ayuda basada en la confianza y el respeto y para ello es importante escuchar sus preocupaciones y saber permanecer en silencio cuando la situación lo precisa.

Conocer y respetar sus tradiciones y creencias es un paso previo para plantear todo contacto físico o presencia. Una vez valorada la situación se establecerá el contacto físico cogiendo la mano del paciente, tocando el brazo o el hombro. Son acciones que transmiten cercanía y sensación de seguridad y confianza. El paciente debe tener la certeza de que estaremos disponibles siempre que sea necesario. Esta permanencia con el paciente fomenta su seguridad y disminuye sus miedos.

2 DIAGNÓSTICO RELACIONADO CON EL DESEMPEÑO DEL ROL

2.1 DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL

El diagnóstico enfermero **Deterioro de la interacción social** [00052] es definido por la NANDA-I como *cantidad insuficiente o excesiva, o calidad ineficaz de intercambio social*.

Factores relacionados	Características definitorias
• Alteración del autoconcepto • Disfunción cognitiva • Síntomas depresivos • Deterioro de los procesos de pensamiento • Limitaciones del entorno • Deterioro de la movilidad física • Habilidades de comunicación inadecuadas • Conocimiento inadecuado sobre cómo fomentar la reciprocidad • Higiene personal inadecuada • Habilidades sociales inadecuadas • Apoyo social inadecuado • Duelo inadaptado • Manifestaciones neurocomportamentales	• Ansiedad durante la interacción social • Interacción disfuncional con otros • Expresa dificultad para establecer relaciones interpersonales recíprocas satisfactorias • Expresa dificultad en el funcionamiento social • Expresa dificultad para ejecutar los roles sociales • Expresa malestar en situaciones sociales • Expresa insatisfacción con la conexión social • La familia informa de alteración en la interacción • Sistema de soporte psicosocial inadecuado • Uso inadecuado del estatus social frente a otros • Bajos niveles de actividades sociales • Interacción mínima con otros • Informa de implicación social insatisfactoria

• Disonancia sociocultural.	• Foco competitivo no saludable • No desea cooperar con otros.
Población de riesgo	**Condiciones asociadas**
• Personas sin persona significativa.	• Halitosis • Trastornos mentales • Trastornos del neurodesarrollo • Aislamiento terapéutico.

Utilizamos el NOC sugerido por Ackley y Ladwig de **Habilidades de interacción social** [1502], definido como *conductas personales que fomentan relaciones eficaces*.

Para alcanzar el objetivo fijado se utilizará la intervención **Modificación de la conducta: habilidades sociales** [4362] que la NIC considera como el principal para resolver el problema y que define como *ayudar al paciente para que desarrolle o mejore las habilidades sociales interpersonales*.

El plan de actividades se inicia ayudando al paciente a identificar los problemas interpersonales derivados de déficit de habilidad social, manifestar verbalmente los sentimientos asociados con los problemas interpersonales.

Posteriormente el paciente identificará los resultados deseados de las relaciones o situaciones interpersonales problemáticas y posibles acciones a acometer y sus consecuencias sociales e interpersonales.

Proporcionar modelos (p. ej., juegos de rol, presentaciones en vídeo) que muestren las etapas de conducta dentro del contexto de las situaciones que tengan sentido para el paciente.

Implicar a los allegados en las sesiones de entrenamiento de habilidades sociales (juego de roles) con el paciente, si resulta oportuno.

Proporcionar retroalimentación positiva al paciente, y en su caso a los allegados, mediante elogios o recompensas cuando alcanza la habilidad social deseada.

Animar al paciente y allegados a que autoevalúen los resultados esperados de sus interacciones sociales, autorrecompensen los resultados positivos y solucionen los problemas con resultados menos deseables.

3 DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON EL CUIDADOR

3.1 CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR(A)

El diagnóstico enfermero **Cansancio del rol de cuidador(a)** [00061] es definido por la NANDA-I como *dificultad para satisfacer las responsabilidades de cuidados, expectativas y/o comportamientos requeridos por la familia o personas significativas*.

Factores relacionados	Características definitorias
Factores del cuidador • Implicaciones del rol contradictorias • Síntomas depresivos • Cumplimiento inadecuado de las expectativas de los demás • Cumplimiento inadecuado de las expectativas personales • Conocimiento inadecuado sobre los recursos de la comunidad • Resiliencia psicológica inadecuada • Entretenimiento inadecuado	**Actividades de cuidados** • Recelo sobre la habilidad futura para proporcionar cuidados • Recelo sobre la salud futura del receptor de los cuidados • Recelo sobre la potencial institucionalización del receptor de los cuidados • Recelo sobre el bienestar del receptor de los cuidados si el cuidador(a) es incapaz de proporcionar cuidados • Dificultad para completar las tareas requeridas

- Estrategias de afrontamiento ineficaces
- Inexperiencia en el rol de cuidador (a)
- Resistencia física insuficiente
- Intimidad insuficiente
- No estar en una fase de desarrollo preparada para el rol del cuidador (a)
- Problemas físicos
- Aislamiento social
- Estresores
- Uso inadecuado de sustancias
- Expectativas propias no realistas

Factores del receptor de cuidados

- Alta domiciliaria con importantes necesidades de cuidado
- Aumento en las necesidades de cuidados
- Pérdida de independencia
- Conducta problemática
- Uso inadecuado de sustancias
- Impredictibilidad de la trayectoria de la afección
- Estado de salud inestable

Relación cuidador–receptor del cuidado

- Relaciones interpersonales abusivas
- Codependencia
- Relaciones interpersonales inadecuadas
- Abuso no atendido
- Expectativas no realistas del receptor de cuidados
- Relaciones interpersonales violentas

Actividades de cuidados

- Cambio en la naturaleza de las actividades de cuidados
- Responsabilidades de cuidados durante las 24 horas
- Complejidad de las actividades de cuidados
- Actividades de cuidados excesivas
- Ampliación de la duración del cuidado requerido
- Asistencia inadecuada
- Equipamiento para proporcionar el cuidado inadecuado
- Entorno físico inadecuado para proporcionar el cuidado
- Descanso para el cuidador(a) inadecuado
- Tiempo insuficiente
- Situación de cuidados impredecible

Procesos familiares

- Aislamiento familiar
- Adaptación familiar ineficaz
- Patrón de disfunción familiar
- Patrón de disfunción familiar anterior a la situación del cuidado
- Patrón de adaptación familiar ineficaz

Socioeconómico

- Dificultad para acceder a la asistencia
- Dificultad para acceder a los recursos comunitarios
- Dificultad para acceder al apoyo
- Recursos comunitarios inadecuados
- Apoyo social inadecuado
- Transporte inadecuado
- Alienación social.

- Dificultad para realizar las tareas requeridas
- Cambio disfuncional en las actividades del cuidador(a)
- Preocupación por las rutinas del cuidado

Estado de salud del cuidador: fisiológico

- Fatiga
- Malestar gastrointestinal
- Cefaleas
- Hipertensión
- Erupción
- Expresa alteración del ciclo sueño–vigilia
- Cambios en el peso

Estado de salud del cuidador: emocional

- Síntomas depresivos
- Labilidad emocional
- Expresa ira
- Expresa frustración
- Impaciencia
- Tiempo insuficiente para satisfacer las necesidades personales
- Nerviosismo
- Somatización

Estado de salud del cuidador: socioeconómico

- Alteración en las actividades de ocio
- Aislamiento
- Productividad laboral baja
- Rechaza promociones profesionales

Relación cuidador–receptor del cuidado

- Dificultad para vigilar al receptor de los cuidados con una afección
- Tristeza relacionada con la alteración de las relaciones interpersonales con la persona cuidada
- Incertidumbre relacionada con la alteración de las relaciones interpersonales con la persona cuidada

Procesos familiares

- Conflicto familiar
- Informe de preocupación por los miembros de la familia.

Población de riesgo

- Receptor del cuidado con discapacidades del desarrollo
- Cuidador(a) a cargo de su pareja
- Cuidador(a) con discapacidades del desarrollo
- Cuidadora femenina

Condiciones asociadas

Factores del cuidador

- Deterioro del estado de salud
- Trastorno psicológico

Factores del receptor de cuidados

• Personas que proporcionan cuidados a lactantes prematuros • Personas que experimentan crisis financiera.	• Enfermedad crónica • Disfunción cognitiva • Trastorno congénito • Gravedad de la afección • Trastornos mentales.

Como criterio de resultados más general seleccionamos **Bienestar del cuidador principal** [2508] que se define como *alcance de la percepción positiva del estado del proveedor de cuidados primarios*; si bien en la clasificación NOC se encuentran otros resultados de carácter general que podemos utilizar, como son **Salud física del cuidador principal**, **Salud emocional del cuidador principal** o **Alteración del estilo de vida del cuidador principal**.

Para alcanzar el objetivo fijado utilizamos la propuesta intervención que hacen Ackley y Ladwig de **Apoyo al cuidador principal** [7040]: *Ofrecer la información, consejos y apoyo necesarios para facilitar que el cuidado primario del paciente lo realice una persona distinta de un profesional sanitario*. Las actividades propuestas son:

Determinar el nivel de conocimientos del cuidador y de aceptación de su papel, valorando las expresiones de emoción negativa.

Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles y realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador.

Animar al cuidador a que asuma su responsabilidad y apoyar las decisiones tomadas por él.

Informar al cuidador sobre el estado del paciente, de acuerdo con sus preferencias, y enseñarle la terapia del paciente y las técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente.

Proporcionar ayuda sanitaria de seguimiento al cuidador mediante llamadas de teléfono y/o cuidados de enfermería comunitarios.

Valorar la presencia de indicios de estrés y en su caso enseñar técnicas de manejo del estrés. Uno de los medios más eficaces puede ser la participación en grupos de apoyo y en redes sociales de cuidadores.

Actuar en lugar del cuidador si se hace evidente una sobrecarga de trabajo, apoyándole a establecer límites y a cuidar de sí mismo. En ocasiones puede ser preciso comentar al paciente y la familia los límites del cuidador.

3.2 RIESGO DE CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR(A)

El diagnóstico enfermero **Riesgo de cansancio del rol de cuidador(a)** [00062] es definido por la NANDA-I como: *Susceptible de experimentar dificultades para satisfacer las responsabilidades de cuidados, expectativas y/o comportamientos requeridos por la familia o personas significativas, que puede comprometer la salud*.

Factores de riesgo
Factores del cuidador • Implicaciones del rol contradictorias • Síntomas depresivos • Cumplimiento inadecuado de las expectativas de los demás • Cumplimiento inadecuado de las expectativas personales • Conocimiento inadecuado sobre los recursos de la comunidad • Resiliencia psicológica inadecuada • Entretenimiento inadecuado • Estrategias de afrontamiento ineficaces • Inexperiencia en el rol de cuidador(a) • Resistencia física insuficiente

- Intimidad insuficiente
- No estar en una fase de desarrollo preparada para el rol del cuidador(a)
- Problemas físicos
- Estresores
- Uso inadecuado de sustancias
- Expectativas propias no realistas
- Estado de salud inestable

Factores del receptor de cuidados

- Alta domiciliaria con importantes necesidades de cuidado
- Aumento en las necesidades de cuidados
- Pérdida de independencia
- Conducta problemática
- Uso inadecuado de sustancias
- Impredictibilidad de la trayectoria de la afección
- Estado de salud inestable

Relación cuidador–receptor del cuidado

- Relaciones interpersonales abusivas
- Codependencia
- Relaciones interpersonales inadecuadas
- Abuso no atendido
- Expectativas no realistas del receptor de cuidados
- Relaciones interpersonales violentas

Actividades de cuidados

- Cambio en la naturaleza de las actividades de cuidados
- Responsabilidades de cuidados durante las 24 horas
- Complejidad de las actividades de cuidados
- Actividades de cuidados excesivas
- Ampliación de la duración del cuidado requerido
- Asistencia inadecuada
- Equipamiento para proporcionar el cuidado inadecuado
- Entorno físico inadecuado para proporcionar el cuidado
- Descanso para el cuidador(a) inadecuado
- Tiempo insuficiente
- Situación de cuidados impredecible

Procesos familiares

- Aislamiento familiar
- Adaptación familiar ineficaz
- Patrón de disfunción familiar
- Patrón de disfunción familiar anterior a la situación del cuidado
- Patrón de adaptación familiar ineficaz

Socioeconómico

- Dificultad para acceder a la asistencia
- Dificultad para acceder a los recursos comunitarios
- Dificultad para acceder al apoyo
- Recursos comunitarios inadecuados
- Apoyo social inadecuado
- Transporte inadecuado
- Alienación social
- Aislamiento social.

Población de riesgo

- Receptor del cuidado con discapacidades del desarrollo
- El problema del receptor de los cuidados inhibe la conversación
- Cuidador(a) a cargo de su pareja
- Cuidador(a) con discapacidades del desarrollo
- Cuidadora femenina
- Personas que proporcionan cuidados a lactantes prematuros
- Personas que experimentan crisis financiera.

Condiciones asociadas

Factores del cuidador

- Deterioro del estado de salud
- Trastorno psicológico

Factores del receptor de cuidados

- Enfermedad crónica
- Disfunción cognitiva
- Trastorno congénito
- Gravedad de la afección
- Trastornos mentales.

En el plan de cuidados los criterios de resultados y la intervención utilizada pueden ser los mismos que en el diagnóstico real, pero con un enfoque preventivo.

XXV - VALORACIÓN DEL PATRÓN 9: SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

Ramón del Gallego Lastra, Consuelo Álvarez Plaza

1 INTRODUCCIÓN

Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción de la sexualidad; describe el patrón reproductivo. Incluye la satisfacción percibida o las alteraciones en la sexualidad o en las relaciones sexuales. También incluye el estado reproductor en las mujeres, premenopausia o menopausia y los problemas percibidos.

La sexualidad es la expresión del comportamiento de la identidad sexual. Incluye, pero no se limita a las relaciones sexuales con una pareja. De la misma forma que en otros patrones funcionales, las normas culturales regulan su expresión. En las sociedades occidentales esas normas están continuamente cambiando.

El objetivo de la valoración en el patrón de sexualidad-reproducción es describir la percepción de problemas reales o potenciales. Si existen problemas se ha de preguntar al cliente acerca de los factores contribuyentes, las acciones llevadas a cabo y el efecto percibido de estas acciones[1].

Cuestiones clave en la valoración

- ¿A qué edad apareció la menarquia o la menopausia (según corresponda)?
- ¿Cómo es el periodo menstrual?
- ¿Ha habido embarazos? ¿Ha habido abortos?
- ¿Algún problema relacionado con la reproducción?
- ¿Utiliza métodos anticonceptivos?
- ¿Hay problemas o cambios en las relaciones sexuales?

2 SEXO Y SEXUALIDAD

Las interpretaciones culturales sobre lo que es masculino o femenino varían tanto de una sociedad a otra como a lo largo de la historia. Además, no solo cambian los significados culturales sino también las actividades sexuales de la gente.

El *sexo* se refiere a la diferenciación biológica entre machos y hembras. Por lo general se distinguen seis componentes principales: la composición cromosómica, los órganos reproductores, los genitales externos, los genitales internos, el componente hormonal, y las características sexuales secundarias. El término género, se refiere a los aspectos sociales adscritos a las diferencias sexuales. El *género* está presente en toda la vida social y tiene una enorme influencia en la visión que tenemos de nosotros mismos, en nuestras relaciones con los demás y en cómo nos desenvolvemos[114].

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en 2006 el concepto de *sexualidad: "La sexualidad es un aspecto central del ser humano que está presente a lo largo de su vida. Abarca*

el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Se siente y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se experimentan o expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales". La sexualidad ha sido, históricamente, un objeto de control social y junto con la clase social, la edad, la discapacidad, la religión y la cultura, una forma de exclusión social, de marginación, estigmatización, guetización, violencia, terrorismo, explotación, esclavitud, dominación y deshumanización[114].

En respuesta a todo ello la OMS también ha definido *salud sexual* como *"La salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. Para que todas las personas alcancen y mantengan una buena salud sexual, se deben respetar, proteger y satisfacer sus derechos sexuales."*[118]. Para poder cumplir adecuadamente con esta recomendación de la OMS y dar un enfoque positivo y respetuoso con la sexualidad de las personas a las que atendemos hay que comprender adecuadamente los conceptos ya descritos previamente de sexo y de género, pero también el concepto de *orientación sexual*, que es *"función del sexo por el que sentimos atracción física y/o romántica hacia otras personas."*

2.1 FACTORES QUE AFECTAL AL PATRÓN DE SEXUALIDAD

La sexualidad puede verse afectada por múltiples situaciones vitales como ausencia de modelos, información errónea, educación sexual negativa, envejecimiento, diferencias de pareja, estrés y ansiedad. Otro área de influencia son los problemas fisiopatológicos y sus derivadas como es el caso del padecimiento de enfermedades que influyen sobre el funcionamiento sexual, debido fundamentalmente a las preocupaciones por el efecto de la actividad sobre ellas, o por la disfunción sexual que producen: infarto de miocardio, diabetes mellitus, lesiones medulares, cáncer, depresión, y también intervenciones que alteran la imagen o fármacos que influyen sobre las emociones y el estado de ánimo (ansiolíticos, sedantes, barbitúricos, alcohol).

3 SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

Sexualidad y reproducción pueden o no estar unidas. El concepto familia es muy flexible y abarca una gran variedad de relaciones. Debe tenerse en cuenta que *parentesco* (estatus jurídico o social) es la relación entre personas que se establece por vínculos de consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a esta[11]; especialmente el estatus de padres está garantizado por el código civil o por el grupo. *Parentalidad* incluye funciones como procrear, criar, educar, transmitir filiación. Corresponden al estatus de padres, pero pueden delegar en otros sin perder su estatus. En las sociedades occidentales la construcción del hijo es más compacta si se unen todas las funciones parentales.

Las técnicas de reproducción humana asistida (TRHA) surgen en los años 70 para solucionar problemas de esterilidad y transforman de manera relevante todos estos conceptos. Los avances en este campo abrieron múltiples opciones para parejas heterosexuales con problemas de fertilidad y para otros grupos que vieron cubrir sus expectativas para acceder a la maternidad/paternidad en cualquier momento de su ciclo vital y/u obviando el coito reproductivo (hombres y mujeres solas, parejas de mujeres y de hombres, mujeres de edad avanzada, etc.)

Las nuevas biotecnologías favorecen la formación de nuevos modelos familiares cuestionando la familia nuclear heterosexual como modelo único o hegemónico a la vez que pone en evidencia el carácter socialmente construido de la familia como realidad social[lll].

4 VALORACIÓN DE LA SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

Quizás uno de los aspectos más íntimos de la persona sea este patrón y por ello requiere abordarlo con sumo cuidado y respeto a la intimidad y dignidad de la persona.

La valoración es posible tras fomentar una relación terapéutica de confianza e incorporando técnicas de interacción. Se suele iniciar mediante preguntas genéricas que dan pie al paciente a entrar en este asunto, si fuese de su interés, o incluso cuando se valora el patrón de rol-relaciones: ¿Su situación clínica afecta negativamente a sus relaciones familiares: hijos, cónyuge?

4.1 PATRÓN DE SEXUALIDAD

Una valoración completa de este patrón requiere conocer las fuentes de conocimiento sobre la sexualidad y la influencia que en ella tiene la familia, religión, etc. Conocimientos sobre reproducción (fertilidad, anticoncepción).

Qué problema identifica en su sexualidad y cómo lo describe, cuándo aparece, cuál es el concepto personal sobre la causa y descripción de las expectativas. Cambios en la libido; cambios en la motivación sexual; satisfacción sexual; disfunciones; traumas psíquicos (abusos, violaciones, etc.).

Se habla de *disforia de género* para designar una profunda sensación de incomodidad y aflicción que puede ocurrir cuando su sexo biológico no coincide con su identidad de género[mmm].

4.2 PATRÓN REPRODUCTIVO

- Para todos: ¿A qué edad inició relaciones sexuales? ¿Hubo algún conflicto?

lll Para más información:

- Nuevas formas de familia: reproducción asistida https://canal.uned.es/video/5a6f764bb1111fbc7d8b4823
- ÁLVAREZ, C. (2006). Múltiples maternidades y la insoportable levedad de la paternidad en reproducción humana asistida. Revista de Antropología Social ,15.
- RIVAS, A., ÁLVAREZ C. y JOCILES, M. (2018). La intervención de 'terceros' en la producción de parentesco: perspectiva de los/as donantes, las familias y la descendencia. Un estado de la cuestión. Revista de Antropología Social. 27(2). 221-245.
- RIVAS, A. y ÁLVAREZ C. (2018). Biotecnologías, mercados reproductivos y co-producción de parentesco. Revista de Antropología Social. 27(2). 215-219.

mmm Para más información:

- Asociación PRISMA (https://prismaciencia.org/recursos/) Es específicamente una Asociación para la Diversidad Afectivo-Sexual y de Género en Ciencia, Tecnología e Innovación.
- Laqueur, Thomas (1990): La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud. Ediciones Cátedra, 1994. Madrid.
- Missé y Coll-Planas (2011): El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad. Editorial Egales. Barcelona.
- Ortega Arjonilla, Esther (2014): La cuestión de sexo/género en medicina: tecnologías de reasignación de sexo y valores de género en España. Universidad de Santiago de Compostela [Tesis doctoral]
- Pichardo, José I. (2012): "El estigma hacia personas lesbianas, gays, bisexuales y transexuales" en Garivia, Elena; García-Ael, Cristina; Molero, Fernando (Coord.) Investigación-acción. Aportaciones de la investigación a la reducción del estigma. Madrid: Sanz y Torres. Pág. 11-125.

- ¿A qué edad apareció la menarquia o la menopausia (según corresponda)?
- ¿Cómo es el periodo menstrual?
- ¿Ha habido embarazos? ¿Ha habido abortos? ¿Cómo han sido los partos?
- ¿Algún problema relacionado con la reproducción? ¿Ha sido usuaria de la reproducción asistida como donante o como receptora? ¿Acude periódicamente a realizar revisiones ginecológicas?
- Para todos: ¿Utiliza métodos anticonceptivos? ¿Qué método o métodos? ¿Pareja estable? ¿Utiliza métodos para prevenir las infecciones de transmisión sexual (ITS)?
- ¿Tratamientos hormonales por disforia de género? ¿Desea preservar su fertilidad?

XXVI - PROBLEMAS DEL PATRÓN 9: SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

Ramón del Gallego Lastra, Consuelo Álvarez Plaza

1 DIAGNÓSTICO RELACIONADO CON LA SEXUALIDAD

1.1 PATRÓN DE SEXUALIDAD INEFICAZ

El diagnóstico enfermero **Patrón de sexualidad ineficaz** [00065] lo define la NANDA-I como *expresiones de preocupación respecto a la propia sexualidad*.

Factores relacionados	Características definitorias
• Conflicto sobre la orientación sexual • Conflicto debido a preferencias cambiantes • Temor al embarazo • Temor a las infecciones de transmisión sexual • Deterioro en las relaciones sexuales de pareja • Alternativas sexuales estratégicas inadecuadas • Modelos de rol inadecuado • Intimidad insuficiente.	• Alteración de la actividad sexual • Alteración de la conducta sexual • Alteración en las relaciones sexuales de pareja • Alteración del rol sexual • Dificultad con la actividad sexual • Dificultad con la conducta sexual • Conflicto de valores.
Población de riesgo	
• Personas sin persona significativa.	

Uno de los criterios de resultados que atiende a una etiología que está en la base de este diagnóstico es el propuesto por Ackley y Ladwig **Identidad sexual** [1207], definido por la NOC como *reconocimiento y aceptación de la propia identidad sexual*. También debemos considerar otro NOC como es el **Funcionamiento sexual** [0119] definido como *integración de los aspectos físicos, socioemocionales e intelectuales de la manifestación y función sexual*; aplicable a situaciones como la menopausia, cuando una mujer acude a consulta por insatisfacción en sus relaciones sexuales debido a la sequedad vaginal, o algunas enfermedades y también ciertos tratamientos farmacológicos.

Hay etiologías muy específicas para las cuales pueden ser útiles los criterios de resultados **Control del riesgo: enfermedades de transmisión sexual** [1905] que son *acciones personales para comprender, evitar, eliminar o reducir la amenaza de adquirir una enfermedad de transmisión sexual*, y **Control del riesgo: embarazo no deseado** [1907] definido como *acciones personales para comprender, evitar o reducir la posibilidad de un embarazo no deseado*.

En todos estos casos puede ser útil, para alcanzar el objetivo fijado, la intervención **Asesoramiento sexual** [5248] y que se define como *utilización de un proceso de ayuda interactivo que se centre en la necesidad de realizar ajustes de la práctica sexual o para potenciar el afrontamiento de un suceso/trastorno sexual*.

El plan de acción se inicia estableciendo una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto, proporcionando intimidad y asegurando la confidencialidad. En ese contexto se animará al paciente a que verbalice los miedos y a que realice preguntas sobre el funcionamiento sexual. Comenzar con los temas menos sensibles y pasar luego a los más delicados.

Proporcionar información sobre el funcionamiento sexual, según sea el problema de la persona y sus causas: enfermedad, medicamentos, informaciones erróneas y mitos sobre la sexualidad; etc.

Al ser un área muy especializada puede ser importante derivar a otros miembros del equipo de cuidados o a un terapeuta sexual.

XXVII - VALORACIÓN DEL PATRÓN 10: AFRONTAMIENTO-TOLERANCIA AL ESTRÉS

Francisco Javier Castro Molina, Felisa Vanessa Martín Casañas, Jesús Manuel García Acosta

1 INTRODUCCIÓN

Describe el patrón general de adaptación y la efectividad del patrón en términos de tolerancia al estrés. Incluye la reserva o capacidad para resistir los cambios en la propia integridad, formas de tratar el estrés, sistemas de apoyo familiar o de otro tipo y la habilidad percibida para controlar y dirigir situaciones.

Un estresante se considera a un suceso que amenaza o cambia la integridad del ser humano. Produce una respuesta psicofisiológica que puede conducir al crecimiento y posterior desarrollo o a la desorganización manifestada como ansiedad, miedo, depresión y otros cambios negativos en la autopercepción o en los roles y las relaciones. Para saber si una situación es estresante para una persona, familia o comunidad, se debe averiguar cuál es la percepción o la definición de la situación. Los desastres comunitarios, la pérdida de un miembro de la familia, la enfermedad y la hospitalización generalmente se viven como amenazas a la integridad o al patrón habitual de actividades de la vida, por tanto, son estresantes.

Cuestiones clave en la valoración

- ¿Ha habido algún cambio importante en su vida últimamente y lo ha vivido como crisis?
- ¿Cuándo tiene problemas, en vez de afrontarlos, se escuda en el uso de medicamentos, alcohol, drogas u otras sustancias, para escapar de ellos?
- ¿Tiene a alguien cercano al que poder contar sus problemas con confianza?
- ¿Lo hace cuando es necesario?
- ¿Cómo trata los problemas cuando se presentan?

1.1 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DEL PATRÓN 10

La valoración de enfermería es definida como aquel proceso planificado deliberado que de manera planificada sistemáticamente recoge e interpreta información que nos ayuda a saber cuál es la situación de salud de una persona y la respuesta que puede dar. El uso de esta herramienta permite la planificación de los cuidados que la enfermera debe prestar a la persona, a la familia o a la comunidad tanto en situaciones de enfermedad como de salud.

El patrón de adaptación de un individuo es la forma de responder a los acontecimientos vividos como amenazantes. El patrón más efectivo será aquel en el que la persona pueda ejercer mayor control sobre la amenaza a la integridad.

El patrón de tolerancia al estrés describe el nivel de estrés que la persona trata de forma efectiva. Está relacionado con la cantidad de estrés experimentado previamente y la efectividad de los patrones de adaptación. Este patrón predice, hasta cierto punto, el potencial de adaptación

efectiva; sin embargo, las personas pueden movilizar recursos y soportar niveles de estrés que sobrepasan su experiencia previa.

El objetivo de la valoración de este patrón es describir la tolerancia al estrés y el patrón de adaptación del paciente[1,110].

1.2 NOCIONES BÁSICAS SOBRE EL ESTRÉS

El estrés es considerado como un sentimiento de tensión física y/o emocional. Surge como una reacción del cuerpo a un desafío o demanda, pudiendo estar originado por cualquier situación o pensamiento que genere frustración, nerviosismo o enfurecimiento. En pequeños episodios es considerado positivo, pudiendo dañar la salud cuando se instala en la rutina de la persona.

Podemos diferenciar entre estrés agudo y estrés crónico. El primero es una situación que se genera a corto plazo y que no se prolonga en el tiempo: una pelea, una frenada fuerte de un coche para evitar un accidente u otro momento puntual grave. El segundo, tiene una duración en el tiempo mucho más prolongada (duración de más de un par de semanas) al que el individuo llega a acostumbrarse llegando a causar problemas de salud como hipertensión arterial, diabetes, obesidad, depresión, problemas dermatológicos o menstruales en el caso de las mujeres.

Numerosos autores han establecido tres factores como los desencadenantes del estrés: las situaciones vitales o cambios significativos en la existencia, la tensión (estrés) cotidiana y los sucesos de elevado estrés. El primer factor, las situaciones vitales, constituyen eventos habituales de la vida de una persona que en ningún momento están compuestos por sucesos traumáticos. En segundo lugar, están las tensiones cotidianas, contrariedades, problemas, intranquilidades e inquietudes que constituyen el día a día de cualquier persona. Por último, los sucesos de elevado estrés son situaciones que se hacen presentes ante la aparición de acontecimientos incontrolables e inesperados con una marcada carga traumática[111].

Las estrategias de afrontamiento constituyen un proceso que, unido a la valoración cognitiva, son factores mediadores en la relación de estrés que la persona presenta con respecto a la situación vivida. Lazarus y Folkman entienden el estrés como aquel esfuerzo cognitivo-conductual que la persona debe realizar para manejar su estrés psicológico. Son numerosas las estrategias de afrontamiento, de las que destacan:

- Constituyen el pensamiento, la acción y el sentimiento de la persona, que tienen por objetivo lograr la plena adaptación con el esfuerzo que supone.
- Es fundamental tener presente el contexto en el que sucede la situación, atendiendo a las acciones que ponen en funcionamiento para cubrir las demandas planteadas.
- Cada estrategia debe adaptarse al desarrollo de la interacción estresante, llegando incluso a transformar todas y cada una de las valoraciones cognitivas que se realizan durante la transacción de estrés.
- La eficacia de toda estrategia esta mediatizada por los efectos que puedan producir ahora o en el futuro[66,112].

XXVIII - PROBLEMAS DEL PATRÓN 10: AFRONTAMIENTO-TOLERANCIA AL ESTRÉS

Francisco Javier Castro Molina, Felisa Vanessa Martín Casañas, Jesús Manuel García Acosta

1 DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LA RESPUESTA DE AFRONTAMIENTO

1.1 AFRONTAMIENTO INEFICAZ

El diagnóstico enfermero **Afrontamiento ineficaz** [00069] es definido como *patrón de apreciación no válida sobre los agentes estresantes, con esfuerzos cognitivos y/o conductuales, que fracasan en la gestión de las demandas relacionadas con el bienestar*.

Factores relacionados	Características definitorias
• Alto grado de amenaza • Incapacidad para conservar la energía adaptativa • Imprecisión en la apreciación de la amenaza • Confianza inadecuada en la habilidad para manejar la situación • Recursos de salud inadecuados • Preparación inadecuada para los estresores • Sensación de control inadecuada • Apoyo social inadecuado • Estrategias de relajación de la tensión ineficaces.	• Alteración de las respuestas afectivas • Alteración de la atención • Alteración en los patrones de comunicación • Conducta destructiva hacia los demás • Conducta destructiva hacia sí mismo • Dificultad para organizar la información • Fatiga • Afecciones frecuentes • Deterioro de la habilidad para pedir ayuda • Deterioro de la habilidad para atender a la información • Deterioro de la habilidad para manejar la situación • Deterioro de la habilidad para satisfacer las necesidades básicas • Deterioro de la habilidad para satisfacer las expectativas del rol • Seguimiento inadecuado de una conducta dirigida al objetivo • Resolución de problemas inadecuada • Habilidades de resolución de problemas inadecuadas • Expresa alteración del ciclo sueño–vigilia • Informa de sensación de control inadecuada • Conducta de riesgo • Uso inadecuado de sustancias.
Población de riesgo	**Condiciones asociadas**
• Personas que experimentan crisis madurativa • Personas que experimentan crisis situacionales.	No están descritas.

Los criterios de resultados han de relacionarse de manera preferente al factor relacionado que desencadena el problema diagnosticado. Nosotros seleccionaremos para este capítulo un NOC que NNN sugiere como criterio de resultados que mejor mide la resolución del diagnóstico: **Nivel de estrés** [1212], definido como *gravedad de la tensión física o mental manifestada como consecuencia de factores que alteran un equilibrio existente* y **Nivel de ansiedad** [1211] definido como *gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable*. Ackley y Ladwig sugieren varios NOC entre los que el más útil para situaciones generales es **Afrontamiento de problemas** [1302] definido como *acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo*.

Para alcanzar el objetivo fijado NNN proponen como intervención principal **Mejorar el afrontamiento** [5230] que se define como la *facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida*. Cabe destacar como intervención secundaria el **Entrenamiento para controlar los impulsos** [4370] que se define como *ayudar al paciente a controlar la conducta impulsiva mediante la aplicación de estrategias de solución de problemas a situaciones sociales e interpersonales*. Las actividades propuestas básicas son: la de utilizar un plan de modificación de la conducta para reforzar la estrategia de solución de problemas que se haya enseñado, según sea apropiado; enseñar al paciente a «detenerse y pensar» antes de comportarse impulsivamente, instruyéndolo en la reflexión sobre sus propios pensamientos y sentimientos antes de actuar impulsivamente, además de ayudarlo a identificar los cursos de acción posible y sus costes y beneficios, y a elegir el curso de acción más beneficioso. Es fundamental que animemos al paciente a recompensarse a sí mismo por los resultados satisfactorios y a practicar estrategias de control de los impulsos en situaciones sociales e interpersonales fuera del ambiente terapéutico, seguido por la evaluación del resultado.

Otra intervención es **Disminución de la ansiedad** [5820] que se define como minimizar *la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto*. Entre las actividades encontramos que deberemos utilizar un enfoque sereno que dé seguridad, explicando todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento; proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico, además de permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo; y finalmente, escuchar con atención, reforzando el comportamiento, según corresponda, creando un ambiente que facilite la confianza.

1.2 NEGACIÓN INEFICAZ

El diagnóstico enfermero **Negación ineficaz** [00072] cuya definición es *intento consciente o inconsciente de pasar por alto el conocimiento o significado de un acontecimiento para reducir la ansiedad y/o el temor, que conduce a un detrimento de la salud*.

Factores relacionados	Características definitorias
• Ansiedad • Estrés excesivo • Temor a la muerte • Temor a perder la autonomía personal • Temor a la separación • Apoyo emocional inadecuado • Sensación de control inadecuada • Estrategias de afrontamiento ineficaces • Percepción de inadecuación al tratar con emociones fuertes • Amenaza de una realidad desagradable.	• Retraso en la búsqueda de cuidados de salud • Negación del temor a la muerte • Negación del temor a la discapacidad • Desplazamiento del origen de los síntomas • No acepta el impacto de la enfermedad sobre la vida • No percibe la relevancia del peligro • No percibe la relevancia de los síntomas • Miedo al desplazamiento en relación con el impacto de la afección • Afecto inapropiado • Minimiza los síntomas • Rechaza los cuidados de salud • Usa comentarios de rechazo al hablar de acontecimientos dolorosos • Usa gestos de rechazo al hablar de acontecimientos dolorosos • Usa tratamientos no prescritos por profesionales de la salud.
Población de riesgo	**Condiciones asociadas**
No están descritos.	No están descritas.

Entre los posibles NOC aplicables a este caso en función a los factores relacionados o las características definitorias seleccionamos un criterio de resultados muy general propuesto por

Ackley y Ladwig **Aceptación: estado de salud** [1300], definido por la NOC como *acciones personales para reconciliar los cambios significativos en las circunstancias de salud*. Junto a este podemos incluir **Nivel del miedo** [1210] que se define como *gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente identificable* y **Afrontamiento de problemas** [1302] que se define como *acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo*.

Una de las intervenciones más aplicables para alcanzar el resultado propuesto es **Apoyo emocional** [5270]: *proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión*. Las actividades propuestas son la de explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones, realizando afirmaciones empáticas o de apoyo. Además, debemos apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados, ayudando al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza, animándolo a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza y escuchando las expresiones de sentimientos y creencias.

También hay que destacar **Mejorar el afrontamiento** [5230] que se define como *facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida*, y **Asesoramiento** [5240] que se define como *utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus allegados para fomentar o apoyar el afrontamiento, la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales*. Entre las actividades del primero (Mejorar el afrontamiento) encontramos la de ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo, así como a descomponer los objetivos complejos en etapas pequeñas y manejables, además de fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.

Entre las actividades del segundo (Asesoramiento) están la de establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto; proporcionar información objetiva según sea necesario y según corresponda, favoreciendo la expresión de sentimientos e identificando el problema o la situación causante del trastorno.

1.3 AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO

El diagnóstico **Afrontamiento familiar comprometido** [00074] es aplicado a *una persona de referencia que habitualmente brinda apoyo (familiar, persona significativa o amigo íntimo), proporcionando confort, ayuda o estímulo, o una asistencia o estímulo necesario para que el paciente maneje o domine las tareas adaptativas relacionadas con su cambio en la salud, lo hace de manera insuficiente o ineficaz, o dicho apoyo se ve comprometido*.

Factores relacionados	Características definitorias
• Situaciones coexistentes que afectan a la persona de referencia • Capacidad agotada de la persona de apoyo • Desorganización familiar • Información errónea proporcionada por otros • Información disponible inadecuada para la persona de referencia • Apoyo recíproco inadecuado • Apoyo inadecuado proporcionado por el paciente a la persona de referencia • Comprensión inadecuada de la información por la persona de referencia • Comprensión errónea de la información por la persona de referencia • Preocupación de la persona de referencia por cuestiones ajenas a la familia.	• El paciente expresa queja por la respuesta de la persona de referencia al problema de salud • El paciente informa de preocupación por la respuesta de la persona de referencia al problema de salud • Limitación de la comunicación entre la persona de referencia y el paciente • Conducta protectora de la persona de referencia incongruente con las habilidades del paciente • Conducta protectora de la persona de referencia incongruente con las necesidades de autonomía del paciente • La persona de referencia informa de conocimiento inadecuado • La persona de referencia manifiesta una comprensión inadecuada • La persona de referencia manifiesta preocupación por las reacciones personales ante las necesidades del paciente

	• La persona de referencia abandona al paciente • Conductas de asistencia insatisfactorias por parte de la persona de referencia.
Población de riesgo	**Condiciones asociadas**
• Familias con un miembro con alteración del rol familiar • Familias cuya persona de referencia experimenta agotamiento de las capacidades a causa de enfermedad prolongada • Familias cuya persona de referencia experimenta crisis de desarrollo • Familias cuya persona de referencia experimenta crisis situacionales.	No están descritas.

Son NOC elegidos los sugeridos por NNN: **Normalización de la familia** [2604]: capacidad de la familia para desarrollar estrategias para el funcionamiento óptimo cuando uno de sus miembros tiene una enfermedad crónica o discapacidad, y otro que propone Ackley y Ladwig **Afrontamiento de los problemas de la familia** [2600]: *capacidad de la familia para controlar los factores estresantes que comprometen los recursos familiares*.

Coincidiendo con Ackley y Ladwig consideramos que una NIC adecuada para resolver este problema es el **Apoyo a la familia** [7140]: *fomento de los valores, intereses y objetivos familiares*. Las actividades propuestas van desde valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente, a determinar la carga psicológica para la familia que tiene el pronóstico, ofreciendo una esperanza realista y aceptando los valores familiares sin emitir juicios. Además, es primordial escuchar las preocupaciones, sentimientos y preguntas de la familia, facilitando la expresión de preocupaciones y sentimientos entre el paciente y su familia o entre los miembros de la familia, ayudando a estos a priorizar las necesidades de salud dentro de la misma.

XXIX - VALORACIÓN DEL PATRÓN 11: VALORES-CREENCIAS

Mª Antonia López Romero, Ramón del Gallego Lastra

1 INTRODUCCIÓN

Describe los patrones de valores, objetivos o creencias (incluyendo las espirituales) que guían la elección o las decisiones. Incluye lo que es percibido como importante en la vida y cualquier percepción de conflicto en los valores, creencias o expectativas relativas a la salud.

Todo individuo dispone de unos valores y creencias que modulan lo que considera significativo y correcto. Cuando hay variadas alternativas los valores y las creencias ayudan a tomar decisiones. El patrón de creencias describe lo que el individuo considera cierto sobre la base de la fe o las convicciones. El patrón de valores morales describe la importancia o el valor de acuerdo a las metas, acciones, personas, objetos y otros fenómenos. Estos valores pueden influir en las decisiones sobre la salud acerca de las prácticas, tratamientos, prioridades de salud, la vida o la muerte.

El objetivo de la valoración del patrón de valores y creencias es entender la base de las acciones relativas a la salud. Esta comprensión aumenta la sensibilidad hacia los conflictos de valores y creencias que pueden darse si una acción preventiva no se lleva a cabo[1].

Cuestiones clave en la valoración

- ¿La religión es importante en su vida? ¿Le ayuda cuando surgen dificultades?
- ¿Su estado de salud actual, le interfiere alguna práctica religiosa que desearía realizar?
- ¿Tiene algún tipo de creencia, religiosa o cultural, que influya en la práctica sanitaria habitual o en el curso de su salud en general?
- ¿Qué opina de la enfermedad y de la muerte?

2 CREENCIAS

Son las proposiciones que se aceptan como ciertas y que no precisan ser demostradas. Tal aceptación puede estar basada en consideraciones empíricas y razones lógicas o bien sociales y emocionales[117] .

Resulta fundamental la construcción de postulados que racionalizan la experiencia, aclarando sus incoherencias y uniendo dominios de categorías más amplias. Al construir hechos aislados como derivados de uno fundamental podemos manejar más hechos.

Algunas creencias están enraizadas en la experiencia primaria y aparecen como verdades autoevidentes. Otras son deducciones lógicamente consistentes con ellas. Otras son postulados que integran verdades autoevidentes y las verdades deducidas para que parezcan ser consecuencia lógica de los postulados. Como consecuencia de esta clase de racionalización

humana, las creencias tienden a ser ordenadas en sistemas coherentes internamente consistentes.

La 'Teoría de la disonancia cognitiva' explica cómo esta coherencia ha de ser mantenida al percibir una información o recordarla, haciéndolo de forma consonante con las actitudes que mantenemos hacia ella; podríamos hablar también del clásico principio de la no contradicción. En consecuencia, seleccionamos la información consonante con el juicio hacia el que nos inclinamos, influyendo poderosamente las actitudes al sesgar la percepción y la memoria, y evaluando positivamente la información relevante con la actitud[nnn].

3 VALORES

Son las formas como la gente asocia las cosas con estados sentimentales interiores y con la gratificación de sus deseos y necesidades sentidas, como la gente valora. Todo el mundo tiene sentimientos personales, preferencias que guiarían sus acciones si se sintiera libre. La sensación de que otras personas tienen sentimientos y valores privados similares a los nuestros nos proporciona sentimientos de que todos pertenecemos a la misma clase. Estos sentimientos son una importante contribución a la solidaridad social[119].

Otra manera de entender el concepto de valores es utilizando la definición de Kluckhohn[120] *"orientaciones normativas de la acción, positivas o negativas, explícitas o implícitas, organizadas sistemáticamente en el seno de una totalidad cultural"*.

Los valores establecen ideales, que estando en el plano estético o intelectual, acaban estableciendo pautas de comportamiento.

3.1 CARACTERÍSTICAS DE LOS VALORES

1. El juicio de valor supone juzgar seres y conductas a la luz de ciertos valores que se establecen a priori. El juicio positivo se establece sobre aquellas conductas que tienden al ideal de quien juzga.

2. Los valores se expresarán en normas que disponen pautas de comportamiento concretas. De esas pautas podemos inferir los valores de una cultura.

3. La relatividad de los valores se observa en la diversidad cultural, viendo que cada sociedad posee unos valores específicos que considera ideales.

4. Los sentimientos que promueven son una fuente importante de adhesión, junto con la razón lógica. Esta carga afectiva explica, por un lado, la permanencia en el tiempo y en la tradición de determinados valores y, por otro, su ambigüedad con la coexistencia de valores contradictorios.

5. El carácter jerárquico de los valores proyecta una visión del mundo que diseña una forma de vida, unas costumbres.

nnn Entendemos por actitud los sentimientos positivos o negativos hacia alguna persona, objeto o problema que implica una predisposición a comportarnos de una manera determinada según las creencias y las emociones relacionadas con ellas.

4 ESPIRITUALIDAD: BIENESTAR/SUFRIMIENTO ESPIRITUAL

El centro de interés de la disciplina enfermera es el cuidado integral a la persona como ser biopsicosocial y espiritual.

Según la OMS *"Lo espiritual se refiere a aquellos aspectos de la vida humana que tienen que ver con experiencias que transcienden los fenómenos sensoriales. No es lo mismo que religioso, aunque para muchas personas la dimensión espiritual de sus vidas incluye un componente religioso"*[121].

Podríamos considerar como espiritual esa parte invisible de la persona, relacionada con el sistema de valores, creencias, principios y convicciones profundas que llevan a cuestionar el sentido de la existencia y el estilo de vida.

Por tanto, si entendemos como *espiritualidad* el conjunto de aspiraciones, convicciones, valores y creencias que permiten a cada persona orientar sus proyectos de vida y, como *sufrimiento*, el padecimiento, dolor, pena o recibir con resignación un daño, las enfermedades graves, con riesgo vital o limitante, pueden constituir para el enfermo situaciones que, más allá de lo meramente orgánico, supongan un sufrimiento espiritual. En esas situaciones surgen interrogantes de causas y significados, incertidumbres de los proyectos de vida, temores, culpabilidades, necesidad de balances y reconciliaciones, esperanzas, deseos de expresar voluntades, etc. Todo esto pertenece al ámbito de lo espiritual y no puede ser dejado de lado, por cuanto juega un papel de primera importancia en la situación que vive la persona enferma. De acuerdo con este concepto, todas las personas, creyentes o no, tienen espiritualidad y necesidades espirituales que deben ser precisadas por el propio enfermo, respetando así su autonomía. Dichas necesidades pueden aumentar o no ser satisfechas en situaciones de alteración de la salud o enfermedad.

El deterioro del bienestar espiritual y/o la presencia de sufrimiento espiritual pueden estar presentes, en mayor o menor medida, en función de la gravedad y pronóstico de los procesos. Responder a las necesidades espirituales constituye una responsabilidad profesional ineludible de todos los profesionales sanitarios.

"La cuestión del espíritu está adquiriendo un peso específico en la reflexión en torno al cuidar, pues se ha puesto de relieve que el ejercicio de cuidar no puede referirse exclusivamente a la exterioridad del ser humano, sino que requiere, también, una atención a su realidad espiritual"[122].

5 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA VALORACIÓN DEL PATRÓN

Fisiopatológicos: Procesos graves y/o mutilantes pueden producir sentimientos de culpa y tristeza o dudas en el sistema de creencias.

Relacionados con el tratamiento: Tratamientos (fármacos, técnicas quirúrgicas o dietas) que puedan entrar en conflicto con creencias.

Culturales o situacionales: Conflictos con el entorno familiar o social, sentimientos de pérdida, sufrimiento que pueda provocar la situación creada por la enfermedad.

6 VALORACIÓN DE VALORES Y CREENCIAS

La valoración de este patrón no debe limitarse a las creencias religiosas o prácticas de la religión que se profese. El bienestar espiritual debe considerarse como un estado, una sensación general ligada a aquello que da sentido a la vida de cada uno. Este patrón requiere un tacto especial y capacidad para separar nuestro propio sistema de creencias y valores del análisis del paciente, evitando así el etnocentrismo o el juicio al paciente.

La valoración se centrará en las siguientes áreas:

1. Importancia de la espiritualidad/religión para la persona

2. Impacto de la enfermedad y/o la hospitalización en su vida, valores, creencias y/o prácticas religiosas

3. Posibilidad de conflictos entre las creencias y el tratamiento prescrito

4. Posibilidad de conflictos existenciales y de toma de decisiones

5. Expresión de interés acerca del significado de la vida y la muerte, el sufrimiento y el sistema de valores y creencias personales.

XXX - PROBLEMAS DEL PATRÓN 11: VALORES-CREENCIAS

Mª Antonia López Romero, Ramón del Gallego Lastra

1 INTRODUCCIÓN

Consideramos la posibilidad de disfuncionalidad en este patrón ante la evidencia de sufrimiento o preocupación por el sentido de la vida, muerte, dolor, enfermedad; conflicto con las creencias vitales o religiosas o problemas para las prácticas religiosas

2 DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LOS VALORES Y CREENCIAS

2.1 SUFRIMIENTO ESPIRITUAL

El diagnóstico enfermero **Sufrimiento espiritual** [00066] es definido por la NANDA-I como *Estado de sufrimiento relacionado con el deterioro de la habilidad para integrar el sentido y propósito de la vida a través de conexiones con el yo, los otros, el mundo o un ser superior*.

Factores relacionados	Características definitorias
• Alteración en el ritual religioso • Alteración en la práctica espiritual • Ansiedad • Barreras para experimentar el amor • Conflicto cultural • Síntomas depresivos • Dificultad para aceptar el proceso de envejecimiento • Control del entorno inadecuado • Relaciones interpersonales inadecuadas • Soledad • Pérdida de independencia • Baja autoestima • Dolor • Percepción de tener asuntos pendientes • Alienación personal • Separación del sistema de apoyo • Alienación social • Deprivación sociocultural • Estresores • Uso inadecuado de sustancias.	• Conductas de ira • Llanto • Disminución de la expresión de creatividad • Desinterés por la naturaleza • Disomnias • Culpa excesiva • Expresa alienación • Expresa ira • Expresa ira hacia un poder superior al yo • Expresa preocupación sobre las creencias • Expresa preocupación sobre el futuro • Expresa preocupación sobre el sistema de valores • Expresa preocupaciones sobre la familia • Expresa distrés • Expresa sentirse abandonado por un poder mayor que uno mismo • Expresa sentimientos de vacío • Expresa no sentirse querido • Expresa no sentirse valorado • Expresa valor insuficiente • Expresa pérdida de confianza • Expresa pérdida de control • Expresa pérdida de esperanza • Expresa pérdida de serenidad • Expresa necesidad de perdón • Expresa arrepentimiento • Fatiga • Temor • Deterioro de la habilidad para la introspección • Incapacidad para experimentar la trascendencia • Duelo inadaptado • Percepción de pérdida del significado de la vida • Cuestionamiento de la identidad • Cuestionamiento del sentido de la vida • Cuestionamiento del sentido del sufrimiento

	• Cuestiona la propia dignidad • Rechaza la interacción con otros.
Población de riesgo	**Condiciones asociadas**
• Personas que experimentan el nacimiento de un hijo • Personas que experimentan muerte de personas significativas • Personas que experimentan infertilidad • Personas que experimentan transiciones vitales • Personas que experimentan conflicto racial • Personas que experimentan un acontecimiento vital inesperado • Personas expuestas a muerte • Personas expuestas a desastre natural • Personas expuestas a acontecimientos traumáticos • Personas que reciben malas noticias • Personas que reciben cuidados terminales • Personas con bajo nivel educativo.	• Enfermedad crónica • Depresión • Pérdida de una parte del cuerpo • Pérdida de la función de una parte del cuerpo • Régimen terapéutico.

Ackley & Ladwig sugieren distintos criterios de Resultados dirigidos a la resolución de este diagnóstico, la selección de uno de ellos estará condicionada por los indicadores relacionados con el diagnóstico, que permita medir el NOC. Algunos de ellos son: **Salud espiritual** [2001], cuya definición es *Vinculaciones con el yo, los otros, el poder superior, la naturaleza y el universo que trascienden y empoderan el yo*. **Esperanza** [1201], definido como *Optimismo que es personalmente satisfactorio y revitalizante*. **Resolución de la aflicción** [1304] que se define como *Acciones personales para ajustar pensamientos, sentimientos y conductas a la pérdida real o inminente* y, entre otros, **Muerte digna** [1307] o *Acciones personales para mantener el control cuando se aproxima el final de la vida.*

Son numerosas las intervenciones NIC sugeridas para tratar este problema ya que son múltiples las situaciones, factores relacionados y manifestaciones que pueden ocasionarlo o evidenciarlo. En función de estas premisas estarán más indicadas unas u otras. Teniendo en cuenta los NOC que hemos utilizado como referencia, seleccionamos, de entre las NIC vinculadas, algunas comunes a dichos criterios de resultado, como **Apoyo espiritual** [5420]: *Ayuda al paciente a sentir equilibrio y conexión con un poder sobrenatural*; **Dar esperanza** [5310]: *Aumentar la creencia de la propia capacidad para iniciar y mantener acciones*; **Mejorar el afrontamiento** [5230], cuya definición es *Facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida* y **Cuidados en la agonía** [5260] que se define como *Prestar comodidad física y paz psicológica en la fase final de la vida.*

El plan de cuidados deberá incluir actividades como:

Establecer confianza y una relación empática mediante la comunicación terapéutica. Utilizar herramientas para evaluar el bienestar espiritual, valorar la repercusión de la situación del paciente en los roles y en las relaciones, la adaptación a posibles cambios en la imagen corporal, el grado de comprensión del proceso de enfermedad y la capacidad para tomar decisiones. Alentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos.

Proporcionar privacidad y facilitar que se puedan realizar actividades espirituales o prácticas religiosas si así lo desean, escuchar los sentimientos sobre la vida y la muerte, animar a la interacción social (familiares, amigos…), compartir significado y propósito de las creencias o perspectiva espiritual, si procede. Asegurar a la persona el apoyo del cuidador en los momentos de sufrimiento.

Ayudar a paciente y familia a identificar áreas de esperanza. Informar acerca de la temporalidad de la situación actual, si es el caso. Fomentar los mecanismos de afrontamiento. Evitar disfrazar la verdad. Implicar al paciente en sus propios cuidados desarrollando un plan de cuidados con

un grado de consecución de objetivos progresivo, desde lo más sencillo a lo más complejo. Mostrar esperanza

En situaciones más concretas como en el caso de **Cuidados en la agonía:**

Identificar las prioridades de cuidados, valorar si el paciente tiene ansiedad o dolor, el deterioro de las capacidades y los cambios de ánimo. Intentar minimizar la incomodidad, respetando la intimidad. Animar al paciente y a la familia a compartir los sentimientos sobre la muerte, apoyando en los estadios de duelo. Respetar las peticiones de cuidados específicos y facilitar la obtención de apoyo espiritual, entre otras.

2.2 RIESGO DE SUFRIMIENTO ESPIRITUAL

El diagnóstico enfermero Riesgo de **Sufrimiento espiritual [00067]** es definido por la NANDA-I como *Susceptible de experimentar un estado de sufrimiento relacionado con el deterioro de la habilidad para integrar el sentido y propósito de la vida a través de conexiones con el yo, los otros, el mundo o un ser superior.*

Factores de riesgo

- Alteración en el ritual religioso
- Alteración en la práctica espiritual
- Ansiedad
- Barreras para experimentar el amor
- Conflicto cultural
- Síntomas depresivos
- Dificultad para aceptar el proceso de envejecimiento
- Control del entorno inadecuado
- Relaciones interpersonales inadecuadas
- Soledad
- Pérdida de independencia
- Baja autoestima
- Dolor
- Percepción de tener asuntos pendientes
- Alienación personal
- Separación del sistema de apoyo
- Alienación social
- Deprivación sociocultural
- Estresores
- Uso inadecuado de sustancias.

Población de riesgo

- Personas expuestas a acontecimientos traumáticos
- Personas que reciben malas noticias
- Personas que reciben cuidados terminales
- Personas con bajo nivel educativo.

Condiciones asociadas

- Enfermedad crónica
- Depresión
- Pérdida de una parte del cuerpo
- Pérdida de la función de una parte del cuerpo
- Régimen terapéutico.

En el caso del diagnóstico de riesgo, Ackley & Ladwig sugieren dos Criterios de Resultados: **Salud espiritual** [2001], en común con el diagnóstico de Sufrimiento Espiritual, ya visto en este mismo capítulo, y **Nivel de estrés** [1212], definido como *Gravedad de la tensión física o mental manifestada como consecuencia de factores que alteran un equilibrio existente*.

En cuanto a las NIC vinculadas a este diagnóstico se sugieren, entre otras, algunas también vistas en el diagnóstico Sufrimiento espiritual, como **Apoyo espiritual** [5420], **Dar esperanza** [5310] y **Mejorar el afrontamiento** [5230].

En este caso se vincula además la NIC **Disminución de la ansiedad** [5820], definida como *Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto*. Con respecto a esta NIC, se incluirían actividades, en el plan de cuidados como: Valorar los cambios en el nivel de ansiedad, observando tanto signos verbales como no verbales. Tratar de entender con serenidad como vive el paciente la situación que le produce estrés, transmitiendo seguridad y permaneciendo con él para reducir el miedo. Ayudarle a identificar las causas de la ansiedad. Informar y explicar los procedimientos a realizar, así como las sensaciones que se pueden experimentar o, si procede, animar a la familia a permanecer con el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gordon M. Diagnóstico de enfermería. Proceso y Aplicación. 3ª. Madrid: Mosby - Doyma Libros; 1996.

2. Herdman TH, Kamitsuru S, Tacáo Lopes C. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2021-2023. 12ª. Barcelona: Elsevier; 2021.

3. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas ML. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 6ª. Barcelona: Elsevier; 2019.

4. Butcher HK, Bulecheck GM, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7ª. Barcelona: Elsevier; 2019.

5. Ley 44. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE nº 280 de 22 de nobiembre de 2003 2003 p. 96-9.

6. Redacción Médica. Las enfermeras no son las asistentes de los médicos. Redacción médica [Internet]. enero de 2019 [citado 14 de diciembre de 2020]; Disponible en: https://www.redaccionmedica.com/secciones/enfermeria/la-oms-sentencia-las-enfermeras-no-son-las-asistentes-de-los-medicos-9846

7. González Anleo J. Las profesiones en la sociedad corporativa. En: Fernández JL, Hortal A Ética de las profesiones. Madrid: Universidad de Comillas; 1994. p. 21-34.

8. Parsons T. El sistema social. 2ª. Madrid: Revista de Occidente; 1976.

9. Wilensky H. The Professionalization of everyone? Am J Sociol. 1964;(70):137-58.

10. Marriner-Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. 3ª. Barcelona: Mosby - Doyma Libros; 1994.

11. Diccionario de la lengua española [Internet]. 23ª. Madrid: Real Académia Española; 2019. Disponible en: https://dle.rae.es/

12. Alligood MR. Modelos y teorías en enfermería. 9ª. Barcelona: Elsevier; 2018.

13. Harmer B. Tratado de Enfermería Teórica y Práctica. 3ª. México, DF: La Prensa Médica Mexicana; 1975.

14. Henderson V, Nite G. Enfermería teórica y práctica. I. Papel de la enfermera en atención primaria. 3ª. México, DF: La Prensa Médica Mexicana; 1987.

15. Elliot P. Sociología de las profesiones. Madrid: Tecnos; 1975.

16. Luis Rodrígo M, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez M. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ª. Barcelona: Masson; 2005.

17. Fernández Ferrín C, Garrido Abejar M, Santo Tomás M, Serrano Parra M. Enfermería Fundamental. Barcelona: Masson (Serie Manuales de Enfermería); 1997.

18. Yura H, Walsh M. The Nursing Process. Washington, DC: Catholic University of America Press; 1967.

19. Berman A, Snyder S. Kozier y Erb. Fundamentos de enfermería. Conceptos, proceso y prácticas. 9ª. Madrid: Pearson; 2013.

20. Herdman TH, Kamitsuru S. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2018-2020. 11ª. Barcelona: Elsevier; 2019.

21. Johnson M, Moorhead S, Bulecheck G, Butcher H, Maas M, Swanson E, editores. Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos. Soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados. 3ª. Madrid: Elsevier; 2012.

22. Alfaro-LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero. Guía paso a paso. 4ª. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1999.

23. Alfaro-LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero. Fundamento del razonamiento clínico. 8ª; 2ª rei. Barcelona: Wolters Kluwer; 2014.

24. Benavent Garcés M, Ferre Ferrandis E, Francisco Rey C. Fundamentos de enfermería. 2ª. Madrid: DAE; 2005.

25. Gónzález González A. Diseño y cálculo de test estadísticos para ensayos clínicos y de laboratorio. Madrid: Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad Complutense; 1989.

26. Paul R, Elder L. La mini-guia para el Pensamiento crítico. Conceptos y herramientas. Fundación para el Pensamiento Crítico. 2003.

27. Facione PA. «The Delphi Report» Critical Thinking: A Statement of Expert Consensus for Purposes of Educational Assessment and Instruction. 1990.

28. Chaffee J. Thinking Critically. 4ª. Boston: Houghton Mifflin; 1994.

29. Potter P, Perry A, Stockert P, Hall A. Fundamentos de enfermería. 8ª. Barcelona: Elsevier; 2014.

30. Alfaro-LeFevre R. Pensamiento crítico, razonamiento clínico y juicio clínico: un enfoque práctico. 7ª. Barcelona: Elsevier; 2021.

31. Potter PA, Perry AG. Fundamentos de enfermería. Madrid: Harcourt; 2002.

32. Berman AJ, Erb Glenora, Kozier B. Fundamentos de enfermería : conceptos, proceso y práctica. 8ª ed. Serie Enfermería. TA - TT -. Madrid: Pearson Prentice Hall; 2008.

33. Alfaro-LeFevre R. Pensamiento crítico y juicio clínico en enfermería. Un enfoque práctico para un pensamiento centrado en los resultados. 4ª. Barcelona: Elsevier-Masson; 2009.

34. Alfaro-LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5ª, 2ª rei. Barcelona: Elsevier; 2007.

35. Diers D. To Profess-To Be a Professional. Journal of Nursing Administration. 1986;16(3):25-30.

36. Iyer P, Taptich B, Bernocchi-Losey D. Proceso y Diagnóstico de Enfermería. 3ª. Madrid: Mc Graw-Hill-Interamericana; 1997.

37. Ley 41. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado (BOE) 2002 p. 40126-32.

38. RD 1093. Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. Boletin Oficial del Estado 2010 p. 78742-67.

39. Jensen S. Valoración de la salud en enfermería. Una guía para la práctica. Madrid: Wolters Kluwer/Lippincott Willaims &Wilkins; 2012.

40. Prieto Valtueña JM. Noguer-Balcells. Exploración clínica práctica. 28ª. Barcelona: Elsevier-Masson; 2016.

41. Tejada Domínguez FJ, Ruiz Domínguez MR. La entrevista clínica de valoración inicial. Principios de calidad. Hygia. 2008;(68):25-30.

42. Morone NE, Weiner DK. Pain as the fifth vital sign: Exposing the vital need for pain education. Clin Ther. 2013;35(11):1728-32.

43. Potter PA, Stockert P, Perry AG, Hall AM, Ostendorf WR. Fundamentos de Enfermería. 9ª. Barcelona: Elsevier; 2019.

44. Coca A, De la Sierra A. Decisiones clínicas y terapéuticas en el paciente hipertenso. Barcelona: Jim; 2002.

45. Foster T, Shen J, Xiu P, Datta S, Newbay D. Lo esencial en Cardiología. 5ª. Barcelona: Elsevier; 2020.

46. Wimpenny P. The meaning of models of nursing to practising nurses. J Adv Nurs. 2002;40(3):346-54.

47. Henderson V. Principios Basicos de los Cuidados de Enfermeria. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud; 1961. 1 AL 56.

48. Henderson V. La Naturaleza de la Enfermería: una definición y sus repercusiones en la práctica, la investigación y la educación. Reflexiones 25 años después. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill; 1994.

49. Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros. 10ª. Barcelona: Elsevier; 2003.

50. Lunney M. Razonamiento crítico para alcanzar resultados de salud positivos. Estudio de casos y análisis de enfermería. Barcelona: Elsevier; 2011.

51. Laín Entralgo P. El diagnóstico médico. Historia y teoría. Barcelona: Salvat; 1982.

52. Clark J, Lang N. Nursing's next advance: An international classification for nursing practice. Nursing Review. Nursing Review. 1992;39(4):109-12.

53. Carpenito LJ. Diagnóstico de Enfermería. Aplicación a la práctica clínica. 5ª. Madrid: Interamericana-McGraw Hill; 1995.

54. Luis Rodrígo MT. Diagnóstico de enfermería: un instrumento para la práctica asistencial. Barcelona: Doyma; 1993.

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

56. Carpenito L. Diagnóstico de Enfermería. Aplicación a la práctica clínica. 9ª. Madrid: Mc Graw-Hill-Interamericana; 2003.

57. Luis Rodrígo M, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez M. Relación entre el modelo de Virginia Henderson y las etapas del proceso enfermero. En: De la teoría a la práctica El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ª. Barcelona: Masson; 2005. p. 57-72.

58. Herdman TH, Kamitsuru S. NANDA. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. Barcelona: Elsevier España; 2014.

59. Diz Gómez J. Precisión de dos diagnósticos enfermeros relacionados con la terapéutica en atención primaria: incumplimiento del tratamiento y manejo inefectivo del régimen terapéutico. Complutense de Madrid; 2011.

60. Brito Brito P. La precisión diagnóstica en Enfermería. Metas de Enfermería. 2012;15(6):59-64.

61. Lunney M. Accuracy of nursing diagnoses: Concept development. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications. 1990;(1):12-7.

62. Donabedian A. Aproaches to assessment what to asess. En: Evaluating the quality of medical care. Chicago: Milbank Memorial Fund Quarterly; 1966. p. 167-70.

63. Rivero Cuadrado A, Pajares Costal C, Pacheco del Cerro E, Rodríguez Gómez JA, Cozar Ruiz R, Cobos Serrano J. Proyecto NIPE: Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consejo General de Enfermería; 2002.

64. Campos de Carvalho E, de Almeida Lopes Monteiro da Cruz D, Heather Herdman T. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. Revista Basileira de Enfermagem [Internet]. 2013 [citado 4 de diciembre de 2023];(66):134-41. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267028669017

65. Pesut D, Herman J. OPT: transformation of nursing process for contemporary practice. Nurs Outlook. enero de 1998;46(1):29-36.

66. Bellido Vallejo J. Sobre el modelo AREA y el Proceso Enfermero. Inquietudes: Revista de enfermería. 2006;(35):21-9.

67. Dorland, Dorland. Dorland: Diccionario enciclopédico ilustrado de medicina. 30.ª ed. Madrid: Elsevier; 2005.

68. Martínez Hernáez Á. Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad. Barcelona: Anthropos; 2008.

69. Mahan LK, Escott-Stump S, Raymond JL. Krause. Dietoterapia. 15ª. Barcelona: Elsevier; 2021.

70. Perote Alejandre A, Polo Jiménez S. Nutrición y dietética en los estados fisiológicos del ciclo vital. Madrid: Fuden; 2017.

71. Salas Salvadó J, Bonada i Sanjaume, Trallero Casañas R, Saló i Solà ME, burgos Peláez R. Nutrición y dietética. 4ª. Barcelona: Elsevier; 2019.

72. Moreiras O, Carbajal A, Cabrera L, Cuadrado C. Tablas de composición de alimentos. 18.ª ed. Madrid: Ediciones Pirámide; 2016.

73. Grupo colaborativo de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC). Guías alimentarias para la población española (SENC, 2016): La nueva pirámide de la alimentación saludable. Nutr Hosp. 2016;33(suppl. 8):1-48.

74. Aranceta Bartrina J, Blay Cortés G, Carrillo Fernández L, Fernández García JM, Garaulet Aza M, Gil Hernández Á, et al. Guía de la alimentación saludable para atención primaria y colectivos ciudadanos. Barcelona;

75. Harvard TH. Chan School of Public Health. Healthy Eating Plate. https://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/healthy-eating-plate/.

76. Salas Salvadó J, Mena Sánchez G. El gran ensayo de campo nutricional PREDIMED. Nutrición Clínica en Medicina. 2017;11(1):1-8.

77. Toledo E, Salas Salvadó J, Donat Vargas C, Buil Cosiales P, Estruch R, Ros E, et al. Mediterranean diet an invasive breast cancer risk among women at high cardiovascular risk in the PREDIMED trial. JAMA Intern Med. 2015;175(11).

78. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). A century of trends in adult human height. Elife. julio de 2016;26(5).

79. World Health Organization. A healthy lifestyle - WHO recommendations [Internet]. WHO. 2010. Disponible en: https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/a-healthy-lifestyle---who-recommendations

80. Seidel HM. Manual Mosby de exploración física. 7ª. Barcelona: Elsevier. Mosby; 2011.

81. Luengo Pérez L, Urbano Galvez J, Pérez Miranda M. Validación de índices antropométricos alternativos como marcadores del riesgo cardiovascular. Endocrinología y Nutrición. noviembre de 2009;56(9):439-46.

82. Prieto Valtueña JM, Argemí Ballbé J. Noguer-Balcells. Exploración clínica práctica. 29ª. Barcelona: Elsevier; 2022.

83. Aguilar Espíndola M del C. Semiología de las principales manifestaciones clínicas. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2020.

84. Rozman C, Cardellach F. Farreras Rozman. Medicina interna. 19ª. Barcelona: Elsevier; 2020.

85. Burgos R, Sarto B, Segurola H, Romagosa A, Puiggrós C, Vázquez C, et al. Traducción y validación de la versión española del EAT-10 (Eating Assessment Tool-10) para el cribado de disfagia. Nutr Hosp. 2012;27(6):2048-54.

86. Loscalzo J, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. Harrison. Principios de Medicina Interna. 21ª. New York: Mc Graw Hill; 2022.

87. Pérez Arellano JL. Sisinio de Castro. Manual de Patología General. 8ª. Barcelona: Elsevier; 2020.

88. Sebastian Domingo J. Importancia de los factores dietéticos en el manejo de la dispepsia funcional. Medicina naturista. 2018;12(2):45-7.

89. Townsend C, Beauchamp R, Evers B, Mattox K. Sabiston. Tratado de cirugía. Fundamentos biológicos de la práctica quirúrgica moderna. 20.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2018.

90. Conejo Mir Sánchez J, Moreno Giménez J, Camacho Martínez F. Manual de dermatología. Toledo: Aula Médica; 2018.

91. Norton D. Norton revised risk score. Nurs Times. 1987;83(41).

92. Braden B, Bergstrom N. A conceptual schema for the study of the etiology of pressure sores. Rehabilitation Nursing. 1987;12(1):8-12.

93. Mayeaux EJr. Nail disorders. Prim Care. 2000;27(2):333-51.

94. Luis Rodrígo M. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 9ª. Barcelona: Elsevier; 2013.

95. Soldevilla J, Torra J. Atención Integral de las Heridas Crónicas. Madrid: SPA; 2004. 227-61 p.

96. Madrileño de Salud S. Recomendaciones para el tratamiento de las úlceras cutáneas crónicas de la Comunidad de Madrid. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2010.

97. Poveda V, Martínez E, Galvão C. Métodos activos de calentamiento cutáneo para la prevención de hipotermia en el período intraoperatorio: revisión sistemática. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. enero de 2012 [citado 15 de febrero de 2023]; Disponible en: https://www.scielo.br/j/rlae/a/C983XxCJXcv5FrfmkwWxyPB/?lang=es&format=pdf

98. Prieto Valtueña JM, Yuste Ara JR. Balcells. La clínica y el laboratorio. 23.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019.

99. Douglas G, Nicols F, Robertson C. Macleod. Exploración clínica. 13ª. Barcelona: Elsevier; 2014.

100. Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre actividad física y hábitos sedentarios. Ginebra; 2020.

101. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Re\ Esn Salud Púhhca. marzo de 1997;71(2):177-137.

102. Cabañero-Martínez MJ, Cabrero-García J, Richart-Martínez M, Muñoz-Mendoza CL. The Spanish versions of the Barthel index (BI) and the Katz index (KI) of activities of daily living (ADL): A structured review. Arch Gerontol Geriatr. julio de 2009;49(1).

103. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of Illness in the Aged The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. JAMA. 21 de septiembre de 1963;185(12):914-9.

104. Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva sobre caídas [Internet]. 2021 [citado 24 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls

105. Makic MBF, Martínez-Kratz MR. Ackley y Ladwig. Manual de Diagnósticos de Enfermería. 13ª. Barcelona: Elsevier; 2023.

106. Folstein M, Folstein S, McHugh P. «Mini-Mental State». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res. 1975;12(3):189-98.

107. Lobo A, Ezquerra J, Gómez F, Sala J, Seva A. El «Mini-Examen Cognoscitivo»: un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectivas en pacientes médicos. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines. 1979;(3):189-202.

108. Rathmell JP, Fields HL. Dolor: fisiopatología y tratamiento. En: Loscalzo J, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, editores. Harrison Principios de Medicina Interna. 21ª. New York: McGraw Hill; 2022.

109. Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. Science (1979). 19 de noviembre de 1965;150(3699):971-9.

110. Megías-Lizancos F, Castro-Molina F. Manual de la enfermera residente de salud mental. Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME); 2017.

111. Castro-Molina F. Abraham Maslow, human needs and their relationship with professional caregivers | Abraham Maslow, las necesidades humanas y su relación con los cuidadores profesionales. Cultura de los cuidados. 2018;22(52):102-8.

112. Martínez Barellas MR, Isla Pera MP, Lluch Canut MT. Entrevista pediátrica. Rol de la enfermera. Rol [Internet]. 1993 [citado 7 de marzo de 2023];XVI(177):13-7. Disponible en: http://hdl.handle.net/2445/97741

113. Relaciones sociales [Internet]. Editorial Etece. 2023 [citado 20 de junio de 2023]. Disponible en: https://concepto.de/relaciones-sociales/#ixzz7zuHgqbvs

114. Macionis JJ, Plummer Ken, Flesher Fominaya C, Calvo Martín J, Garvía R, Barberet R, et al. Sociología. Pearson Educación; 2011.

115. Zarit SH, Reeven KE, Bach-Peterson J. Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden. Gerontologist. 1980;20(6):649-55.

116. Álvarez L, María González A, Muñoz P. El cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit. Cómo administrarlo e interpretarlo. Vol. 22, Gaceta Sanitaria. 2008. p. 618-9.

117. Lozano Mª Luisa L, Morillo Celia A, Arroyo G, Fernández M, Ramos N, Rivas P, et al. Atención integral a las personas cuidadoras de pacientes dependientes. 2013.

118. Organización Mundial de la Salud. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. 2018.

119. Goodenough WH. Cooperation in Change. Nueva York: Russell Sage Foundations; 1963.

120. Bonte P, Izard M. Diccionario Akal de Etnología y Antropología. Madrid: Akal; 1996.

121. Organización Mundial de la Salud. Alivio del dolor y tratamiento paliativo en el cáncer. Ginebra; 1990.

122. Torralba F. Lo ineludiblemente humano. Hacia una fundamentación de la ética del cuidar. Labor hospitalaria. 1999;(253):125-88.

123. Kuhn TS. La estructura de las revoluciones científicas. 1ª, 20ª re. Madrid: Fondo de Cultura Económica; 2001.

124. Maslow A. Motivación y personalidad. 2ª. Barcelona: Sagitario; 1975.

125. di Trocchio F. Las mentiras de la ciencia. ¿Por qué y cómo engañan los científicos? 3ª, 1ª rei. Madrid: Alianza Editorial; 2016.

126. Swartz MH. Tratado de semiología. Anamnesis y exploración física. 8ª. Barcelona: Elsevier; 2021.