



B. Marín Fernández<sup>1</sup> y M. C. Asiaín Erro<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Profesora Titular de Enfermería Médico-Quirúrgica. Departamento de Ciencias de la Salud.  
Universidad Pública de Navarra. Pamplona. España.

<sup>2</sup>Supervisora. Unidad de Cuidados Intensivos. Clínica Universitaria. Profesora Asociada. Escuela  
Universitaria. Universidad de Navarra. Pamplona.

141

1. **Respuesta C.** El síndrome de Guillain-Barré es un trastorno del sistema nervioso periférico en el que se produce una polirradiculoneuritis. Es un trastorno de progreso rápido que no tiene un origen preciso y afecta a nervios craneales, dorsales y periféricos. El comienzo del síndrome es variable. Los primeros síntomas neurológicos son parestesias y debilidad muscular de las piernas, que pueden evolucionar y abarcar las extremidades superiores, tronco y músculos de la cara. Después de la debilidad muscular puede aparecer rápidamente parálisis total. Los pares craneales suelen resultar afectados, con parálisis de músculos oculares, faciales y bucofaríngeos que se traduce en una notable dificultad para hablar, masticar y deglutar. En casi todos los pacientes la recuperación es completa, después de meses o un año, aunque en promedio, un 10% queda con alguna incapacidad residual. Para minimizar esta incapacidad, es fundamental la calidad de los cuidados de enfermería que reciba. En este estado, el paciente está en riesgo de presentar un deterioro de los sistemas corporales a consecuencia de la inactividad musculoesquelética. El diagnóstico de enfermería que recoge esta situación es *riesgo de síndrome de desuso*. Este diagnóstico contiene 11 diagnósticos: riesgo de deterioro de la integridad cutánea, riesgo de estreñimiento, patrón respiratorio ineficaz, riesgo de deterioro de la movilidad física, riesgo de infección, riesgo de lesión, riesgo de perfusión tisular inefectiva, riesgo de intolerancia a la actividad, impotencia, trastorno de la imagen corporal y trastorno de la percepción sensorial. La enfermera no necesita utilizar cada uno de esos diagnósticos, pues ya están incorporados en la categoría de síndrome.
- 2 **Respuesta D.** Agitación, aumento ligero de la frecuencia respiratoria, y calor son 3 características definitorias de la *respuesta disfuncional al destete del ventilador* leve, junto a expresión de la sensación de necesidad creciente de oxígeno, malestar al respirar, fatiga, preguntas sobre la posibilidad de mal funcionamiento de la máquina y concentración creciente en la respiración. Este diagnóstico describe la incapacidad del paciente para adaptarse a la reducción de los niveles del soporte ventilatorio mecánico, lo que interrumpe y prolonga el período de destete. La taxonomía de la NANDA define 3 niveles de respuesta disfuncional: leve, moderada y severa.
3. **Respuesta C.** La GENEAUP considera úlcera por presión grado I, la presencia de zona enrojecida que no palidece en piel intacta. En consecuencia, el paciente presenta un deterioro de la integridad cutánea. Los factores relacionados que orientan a la etiología del problema son la inmovilidad y el déficit nutricional. En consecuencia, la formulación adecuada del diagnóstico de enfermería en formato PES es *deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilidad y déficit nutricional y manifestado por eritema en piel intacta que no palidece*. La opción A olvida uno de los factores relacionados. Las opciones B y D son incorrectas por 2 aspectos. En primer lugar está utilizando una etiqueta de riesgo, cuando el problema es real. En segundo lugar, una etiqueta diagnóstica de riesgo nunca tiene el tercer componente «síntoma».
4. **Respuesta C.** La GENEAUP considera la lesión tisular que afecta a la epidermis y a la dermis, como una úlcera grado II. En consecuencia, mantendríamos el mismo diagnóstico de enfermería que en la pregunta anterior: *deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilidad y déficit nutricional*, cambiando solamente la manifestación que nos indica que el problema ha empeorado.

5. *Respuesta B.* El diagnóstico de enfermería de *incontinencia urinaria refleja* define la situación en la que se produce una pérdida involuntaria de orina a intervalos previsibles, cuando se alcanza un volumen vesical específico. Aunque la persona no reconoce ni expresa la necesidad de orinar y no controla voluntariamente la micción, los mecanismos vesicales y esfinterianos de contención urinaria están intactos, por lo que la orina se va reteniendo en la vejiga hasta que un volumen determinado estimula el arco reflejo, que está intacto. El diagnóstico de *incontinencia urinaria funcional* describe la incapacidad de una persona, normalmente continente, de poder llegar al inodoro a tiempo para evitar la pérdida involuntaria de orina. El diagnóstico de *incontinencia urinaria total* describe la pérdida de orina continua e imprevisible. El diagnóstico de *incontinencia urinaria de esfuerzo* describe la situación en la que se produce pérdida de orina inferior a los 50 ml al aumentar la presión abdominal. Finalmente, el diagnóstico de *incontinencia urinaria de urgencia* describe la emisión involuntaria de orina poco después de sentir una intensa sensación de urgencia de orinar.
6. *Respuesta D.* El que la persona esté continuamente con ganas de orinar y solicite la vacinilla, observando que realiza micciones de poca cantidad, inicialmente orienta el problema hacia una retención urinaria. La eliminación de orina se produce por rebosamiento. Es importante completar la valoración con la palpación pélvica para detectar la existencia de globo vesical. Confirma la retención, la verificación de orina residual de 100 ml o más tras la realización de un sondaje.
7. *Respuesta A.* El estreñimiento subjetivo es el estado en que una persona se automedica diariamente con laxantes, enemas, supositorios o todos ellos, para asegurar una deposición al día. Las características definitorias del diagnóstico que la NANDA plantea son 2: 1) expectativas de una eliminación intestinal diaria con el consiguiente abuso de laxantes, enemas y supositorios, y 2) expectativas de una eliminación intestinal diaria a la misma hora. Entre los factores relacionados figuran: ideas sanitarias, culturales o familiares, apreciación errónea y deterioro de los procesos de pensamiento.
8. *Respuesta D.* El hábito intestinal depende de factores culturales y familiares. El margen de la normalidad es amplio, oscilando entre 3 deposiciones al día y una cada 3 días.
9. *Respuesta D.* El estreñimiento se define como el estado en el que una persona experimenta una estasis del intestino grueso que provoca una eliminación infrecuente (2 o menos defecaciones a la semana) o de heces duras y secas, o ambas cosas. Las características definitorias principales que deben estar presentes para definir el problema son: heces duras y formadas, frecuencia de la deposición inferior a 2 por semana y evacuación prolongada y laboriosa. Otras características que pueden estar presentes son: sensación de plenitud rectal y de presión en el recto, disminución de los ruidos intestinales, fecalomás palpables, sensación de vaciamiento insuficiente.
10. *Respuesta B.* La intolerancia a la actividad es el estado en el que la persona presenta insuficiente energía fisiológica o psicológica para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas. Los factores relacionados que la NANDA identifica para el diagnóstico son: reposo en cama o inmovilidad, debilidad generalizada, estilo de vida sedentario y desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno. La formulación correcta de un diagnóstico de enfermería requiere utilizar la etiqueta diagnóstica y el factor o factores relacionados. Riesgo de lesión relacionado con mala técnica aséptica está mal formulado porque lo relaciona con una negligencia profesional. Deterioro de la perfusión tisular relacionado con infarto agudo de miocardio está mal formulado porque al relacionarlo con un diagnóstico médico, está definiendo un problema que no compete al rol autónomo de la enfermera. Deterioro de la deglución relacionado con tos, atragantamiento y náuseas durante la ingesta de líquidos está mal formulado porque relaciona la etiqueta diagnóstica con las características definitorias y no con el factor relacionado.

11. *Respuesta B.* El *modelo bifocal de práctica clínica* de Carpenito identifica las situaciones clínicas en las que intervienen las enfermeras como «asistente primario» y en colaboración con otras disciplinas, dando origen a los «diagnósticos de enfermería» en el primer caso y a los «problemas interdisciplinarios o de colaboración» en el segundo. Las manifestaciones relatadas en el caso presentan un problema de falta de líquidos (hipotensión, taquicardia, presión venosa central negativa, sequedad de piel y mucosas, signo del pliegue positivo). El abordaje del problema es interdependiente, ya que la situación responde a un problema fisiopatológico y la enfermera aborda el problema utilizando intervenciones prescritas por el médico. Las opciones A, C, D y E son incorrectas por varios motivos. En primer lugar, por su metodología de formulación tratan de definir un diagnóstico de enfermería y ya se ha comentado que el problema planteado requiere un abordaje interdisciplinario. En segundo lugar, en las opciones C y D se añade otro error, ya que se está relacionando la etiqueta diagnóstica con las características definitorias del problema y no con el factor relacionado.
12. *Respuesta E.* Tanto el problema detectado en la boca (inflamación en la mucosa oral y presencia de ulceraciones) como el riesgo que el paciente tiene de desarrollar una infección por los procedimientos invasivos a los que está sometido, se pueden abordar desde intervenciones enfermeras que competen a su rol autónomo. En el primer caso, con la aplicación de cuidados para que el paciente mantenga hidratada y limpia la cavidad oral. En el segundo caso, con la aplicación de cuidados en el mantenimiento del catéter para evitar que surja la complicación de infección. El problema del dolor requiere un abordaje interdisciplinario y, por lo tanto, no puede formularse como un diagnóstico de enfermería. Además, incorpora otro error, ya que una etiqueta diagnóstica no debe relacionarse con un diagnóstico médico. Si el uso de un diagnóstico médico añade claridad al diagnóstico de enfermería, puede unirse al factor relacionado con la frase «secundario a».
13. *Respuesta A.* El diagnóstico de limpieza ineficaz de vías respiratorias, describe la incapacidad del paciente para eliminar las secreciones. En el relato del caso se aprecia que, aunque la producción de éstas se debe a un problema fisiopatológico (el proceso neumónico), la enfermera puede hacer intervenciones desde su rol autónomo para ayudar al paciente a eliminarlas. Por lo que es correcta la formulación del problema desde el diagnóstico de enfermería. Sin embargo, los problemas de disnea y de hipoxemia se deben al problema fisiopatológico y requiere un abordaje interdependiente, por lo que es incorrecto formularlos como diagnósticos de enfermería.
14. *Respuesta A.* Teniendo en cuenta que la respuesta correcta de la pregunta anterior es «limpieza ineficaz de vías respiratorias relacionado con retención de secreciones», el objetivo adecuado a dicho diagnóstico es el que se presenta en la opción A. Los objetivos para los diagnósticos de enfermería se formulan en términos de resultados del paciente. La formulación correcta requiere que incluyan quién tiene que lograrlo (el paciente), qué debe hacer (eliminar secreciones bronquiales), cuándo hay que valorar (durante todo el tiempo), cómo debe realizar la acción (con el menor gasto de energía) y hasta cuándo (mientras exista evidencia de producción y retención de secreciones).
15. *Respuesta E.* La retención de secreciones es un problema que se puede abordar desde el rol autónomo enfermero, pues en el caso ya se ha relatado que con medidas fisioterapéuticas se consigue que el paciente elimine las secreciones retenidas. Por lo que se deberá formular como diagnóstico de enfermería, utilizando la etiqueta diagnóstica de «limpieza ineficaz de vías respiratorias». Sin embargo, para solucionar el problema de neumonía y de hipoxemia subsecuente, se requieren prescripciones médicas, por lo que se deben formular como problemas interdependientes.

16. *Respuesta C.* Las manifestaciones relatadas (inquietud, nerviosismo, sudoración, aumento de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial) orientan hacia un problema de ansiedad. Pero al tratarse de un paciente con un problema cardíaco, requiere que para llegar a este juicio, antes se descarte la posibilidad de que esté presentando una isquemia miocárdica. El factor relacionado del diagnóstico de *ansiedad* tiene que ver con el indicador de la expresión del paciente sobre la muerte de su padre. Parece advertirse que al ser consciente de que ha presentado un infarto de miocardio, desarrolla ansiedad al relacionar la posibilidad de muerte tras la experiencia con su padre. Pero esta amenaza, tal y como se ha relatado en el caso, no está claramente explicitada por el paciente, sino a través de los indicadores. Esto hace que no se utilice la etiqueta diagnóstica de *temor*, o incluso la etiqueta de *ansiedad ante la muerte*, que recoge la taxonomía de la NANDA.
17. *Respuesta C.* Teniendo en cuenta que la respuesta correcta de la pregunta anterior es la opción C: «ansiedad relacionada con amenaza de muerte», de los objetivos propuestos el más adecuado será que «el paciente identificará la causa de su ansiedad y no manifestará signos de respuesta autonómica».
18. *Respuesta E.* La etiqueta es una frase en términos claros y concisos, que comunica el significado del diagnóstico. La definición añade precisión a la etiqueta y ayuda a diferenciar un diagnóstico de otro. Las características definitorias son los signos y síntomas que constituyen ese diagnóstico; es decir, son las conductas y los indicadores de conductas que permiten identificar el problema que nombra el diagnóstico de enfermería. Los factores relacionados son aquellos que han contribuido al cambio del estado de salud o que pueden contribuir a éste (factores de riesgo).
19. *Respuesta E.* La formulación de un diagnóstico de enfermería en formato PES (problema, etiología, signos y síntomas) requiere la utilización de la etiqueta, del factor relacionado y de las características definitivas. Para unir el problema con la etiología, se utiliza «relacionado con» y se acompaña de «manifestado por» para incluir las evidencias que apoyan la existencia del diagnóstico. Los factores de riesgo se utilizan para la formulación de diagnósticos de enfermería de riesgo y, evidentemente, no se acompañan de manifestaciones, pues no las hay al ser una situación de riesgo.
20. *Respuesta E.* La utilización de un lenguaje enfermero unificado es crucial para usar registros computarizados y facilitar la investigación. Los grupos y las taxonomías que recogen lenguajes enfermeros estandarizados más utilizados son: NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), que compendia diagnósticos de enfermería; NIC (Nursing Interventions Classification), que clasifica las acciones que las enfermeras llevan a cabo, incluyendo tanto las que hacen directamente a los usuarios como las que hacen indirectamente; NOC (Nursing-Sensitive Outcome Classification), que clasifica los resultados del usuario sensibles a la actuación de las enfermeras y los indicadores para medirlos; PNDS (Perioperative Nursing Data Set), que desarrolla, refina y valida un vocabulario enfermero estructurado que refleja las responsabilidades enfermeras y los resultados de los enfermos relacionados con la experiencia perioratoria de éstos, desde el preingreso hasta el alta; HHCC (Home Health Care Classification) e ICPN (International Classification for Nursing Practice), que proporcionan una estructura para la documentación y clasificación de los cuidados de salud domiciliarios y ambulatorios. Finalmente y aunque no aparece en el enunciado de la pregunta, pero para completar la información, la Omaha Nursing Classification System for Community Health facilita la práctica, documentación y manejo de la información a las enfermeras de cuidados domiciliarios y comunitarios describiendo y midiendo problemas, intervenciones y objetivos relacionados con la salud.
21. *Respuesta E.* Los diagnósticos enfermeros tratan de problemas reales o potenciales de las respuestas humanas ante enfermedades o cambios vitales, por lo que definen problemas de salud identificados desde

la perspectiva del paciente. En éstos, la enfermera tiene autoridad para hacer el diagnóstico definitivo y ser el principal gestor del problema.

22. *Respuesta A.* La complicación potencial de hemorragia relacionada con problema de coagulación, es un problema que aparece en el sistema hematopoyético debido a que la persona tiene un problema fisiopatológico o a que está en tratamiento de anticoagulación. No se puede formular ni abordar desde el diagnóstico enfermero, sino desde un problema interdisciplinario o de colaboración.

23. *Respuesta A.* La taxonomía II de la NANDA agrupa los conceptos en 13 dominios, 46 clases y 167 diagnósticos. El dominio es «una esfera de actividad, estudio o interés» y es el mayor nivel de abstracción. Una clase es «una subdivisión de un grupo mayor». Un diagnóstico es «un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a problemas de salud reales, potenciales, o a procesos vitales, que proporciona la base para la terapia definitiva para el logro de objetivos de los que la enfermera es responsable».

24. *Respuesta B.* Las 486 intervenciones de la tercera edición de la *Clasificación de Intervenciones de Enfermería*, están organizadas en 7 campos y 30 clases. El nivel más alto de abstracción son los campos, numerados del 1 al 7. Cada campo incluye clases, a las que se les ha asignado letras por orden alfabético, y son grupos de intervenciones relacionadas. Cada intervención agrupa actividades.

25. *Respuesta E.* La estructura taxonómica de la NOC se desarrolló a partir de estrategias perfeccionadas por el Proyecto de Intervención de Iowa, con el objetivo de crear una estructura taxonómica similar a la desarrollada para la Clasificación de las Intervenciones Enfermeras. Contiene 7 dominios, 29 clases y 175 resultados. Cada resultado contiene indicadores que permiten planificar y evaluar la consecución del resultado.

## BIBLIOGRAFÍA. Fuentes consultadas y recomendadas para el estudio del tema

### Libros

1. Alfaro-LeFebre R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5.<sup>a</sup> ed. Barcelona: MASSON; 2003.
2. Carpenito LJ. Diagnósticos de Enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica. 9.<sup>a</sup> ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2003.
3. Johnson M, Maas, M, Moorhead S. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). Nursing Outcomes Classification (NOC). Madrid: Harcourt; 2000.
4. McCloskey JC, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Nursing Interventions Clasification (NIC). 3.<sup>a</sup> ed. Madrid: Harcourt; 2000.

5. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación 2003-2004. Madrid: Elsevier, 2003.

### Páginas web

- <http://www.nanda.org/html/about.html>
- <http://www.nursing.uiowa.edu/centers/ancce>
- <http://coninfo.nursing.uiowa.edu/noc/index.htm>
- <http://www.aorn.org/research/pnds.htm>
- <http://www.sabacare.com>
- <http://www.inc.ch/anpssp.htm>
- <http://aentde.com>