



Lenguaje

del

Cuidado

Año 2; octubre 2010

Vol. 2; Núm.

ISSN: 1989-0745

La
Investigación
Taxonómica

Diagnósticos asociados
al proceso vital de
"intervención quirúrgica"

Problemas de cuidados
en la alteración
percepción sensorial/vilidad

Limitaciones en el
cuidado debidas la
construcción de los
Diagnosticos de dolor

El cuidado es tiempo

F U D E N
FUNDACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE LA ENFERMERÍA

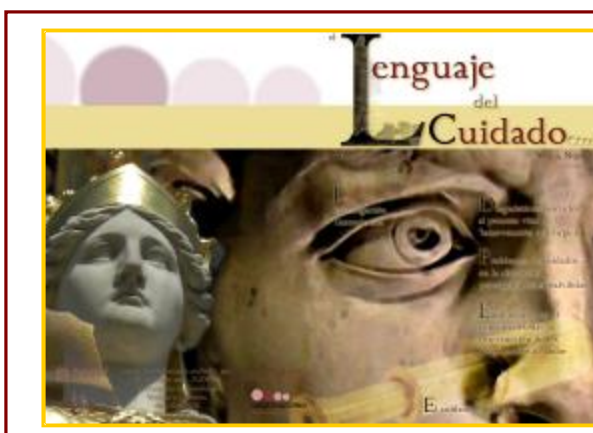

OBSERVATORIO
Metodología Enfermera

Proyecto CENES

www.ome.es

El proyecto CENES (Conocimiento Enfermero Estandarizado) está permitiendo el desarrollo de las Ontologías en el campo del Cuidado: a nivel Disciplinar y Profesional

Conócelo a través de OME



*Requisito de Autocuidado Universal:
Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento
y el bienestar humano*

- Fondo
 - David, Miguel Ángel
- Portada
 - Catalejo, Anónimo
- Contraportada
 - Palas Atenea (Viena), Paco Mendoza

Director:

D. Antonio Arribas Cachá

editores:

Dr. D. José María Santamaría García

(Editor Jefe)

Dra. Dña. Lourdes Jiménez Rodríguez

(Editora Edición Internacional)

Dr. D. Roberto Barchino Plata

(Editor Web)

Revisor Documental:

Dr. D. Jorge Luis Gómez González

Revisora Editorial y Secretaria:

Dña. Laura África Villaseñor Roa

Asistentes de Edición:

Dña. Ana Robles Álvarez

(Asistente Editor Jefe)

Dña. Sonia López García

(Responsable de Reedición)

Dña. Jenifer Araque García

(1^{er} Ayudante de Edición)

Dña. Raquel García Calvo

(2^o Ayudante de Edición)

Revisores Científicos:

Dra. Dña. Carmen Sellán Soto

Dr. D. León Atilano González Sotos

Dr. D. José María Gutiérrez Martínez

Dr. D. Manuel López Morales

Revisores Profesionales:

D. Ricardo Borrego de la Osa

D. José Luis Aréjula Torres

D. Antonio Vázquez Sellán

D. Ángel Abad Bassols

Dña. Teresa Blasco Hernández

Dña. Carmen Ferrer Arnedo

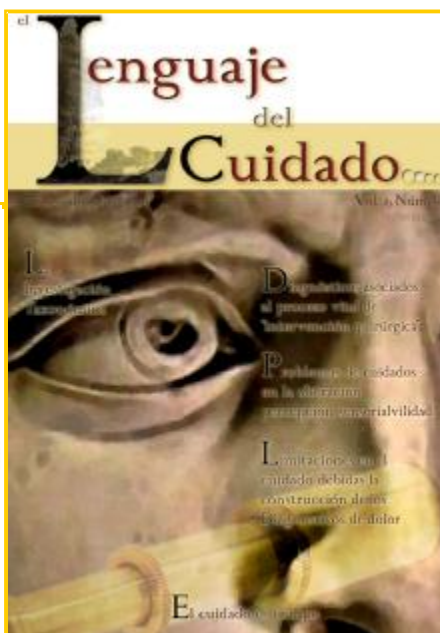
Dña. Cristina Cuevas Santos

Dña. Inés Soto Mancebo

Dña. Amelia Amezcua Sánchez

Dña. Carmen Goday Arenas

Dña. María Luísa Díaz Martínez



© Copyright 2009 – FUDEN
Departamento de Metodología
Veneras, 9; 2º derecha. 28013 MADRID

<http://www.ome.es/>

ISSN: 1989-0745 x

http://www.ome.es/ol/olcuidado_329

Revista incluida en CUIDEN



<http://www.index-f.com/busquedas.php>

S umario

Editorial

(Editorial)..... 3

Conceptualizaciones acerca del cuidado

La Investigación Taxonómica del Cuidado (ITC)

(The Taxonomic Investigation)..... 7

Educación sobre el cuidado

Diagnósticos asociados al proceso vital de Intervención Quirúrgica

(Diagnoses related to life processes of Surgical Intervention)..... 15

Problemas de cuidados en las alteraciones de la percepción sensorial

(Care problems in the alterations of sensorial perception)..... 23

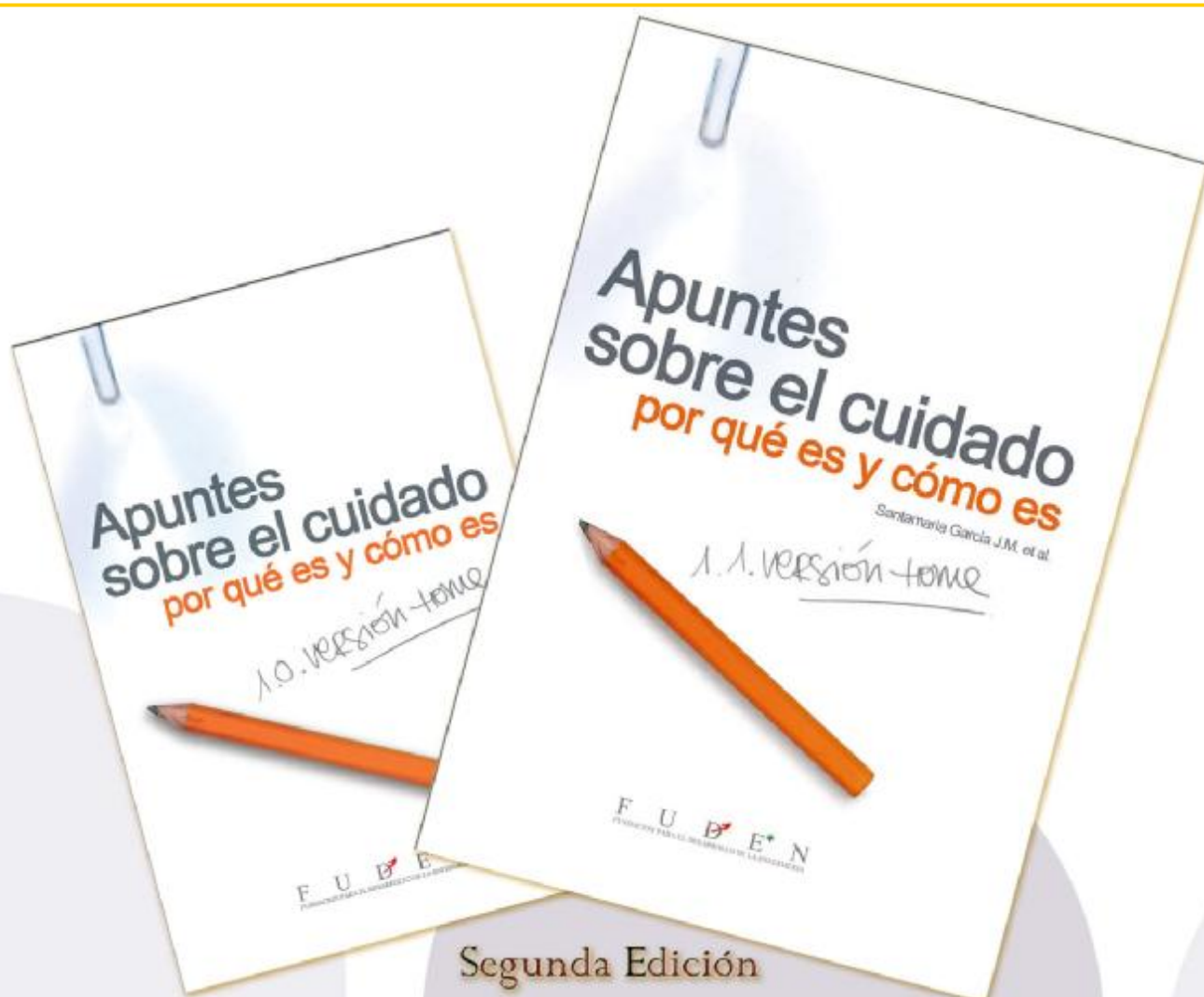
Limitaciones en el cuidado debidas a la construcción de los diagnósticos de dolor

(Limitations in care due to the construction of the diagnosis of pain)..... 33

Axiomas del cuidado

El cuidado es tiempo

(The Care is time)..... 43



Segunda Edición

El pensamiento sobre el Cuidado, su por qué y su cómo, es el pensamiento de la Disciplina Enfermera.

Agotadas las 12000 copias de la primera edición se lanza la segunda edición de esta obra elaborada en el Departamento de Metodología Enfermera de FUDEN.

Un libro dedicado especialmente a los Estudiantes de Enfermería con el fin de mostrar, aclarar, resumir, organizar, las ideas subyacentes en las principales obras recomendadas (sobre los Modelos del Cuidado) durante sus Estudios Pregrado.

Y como: "para serios ya están los telediarios", este libro, o mejor dicho "estos apuntes", recorren dicho conocimiento de una forma rigurosa, pero nueva y diferente..



Sr. D. Arribas Ca
Dr. Santamaría Ga
Director y Editor

Luces y Sombras de la Literalidad

Dice la Real Academia de la Lengua Española (R.A.E.) que "literal" proviene del latín littera y se entiende por aquello que es "Conforme a la letra del texto, o al sentido exacto y propio, y no lato ni figurado, de las palabras empleadas en él" y aclara, en su segunda acepción, que "Dicho de una traducción" es aquella "En que se vierten todas y por su orden, en cuanto es posible, las palabras del original". Tanto es así que especifica que una "traducción literal" es aquella que "sigue palabra por palabra el texto original". De esta forma queda patente que una traducción literal no es la transcripción, palabra a palabra, de una lengua a otra, pero es evidente que existen situaciones en las que esto "no es posible".

Es en estas situaciones cuando, tal y como apunta Diego Uribe Agundis en "Literalidad y Traducción", "se hace necesario delimitar con precisión el problema que nos atañe, siendo éste la transformación de un documento original en un texto equivalente pero descrito en términos de un lenguaje distinto al lenguaje del texto original".

Es decir que cuando la igualdad no es posible es necesaria la equivalencia. Esta idea no es trivial: en la igualdad la relación es de 1 (en el idioma original) a 1 mientras que en la equivalencia la relación se establece de 1 (en el idioma original) a n.

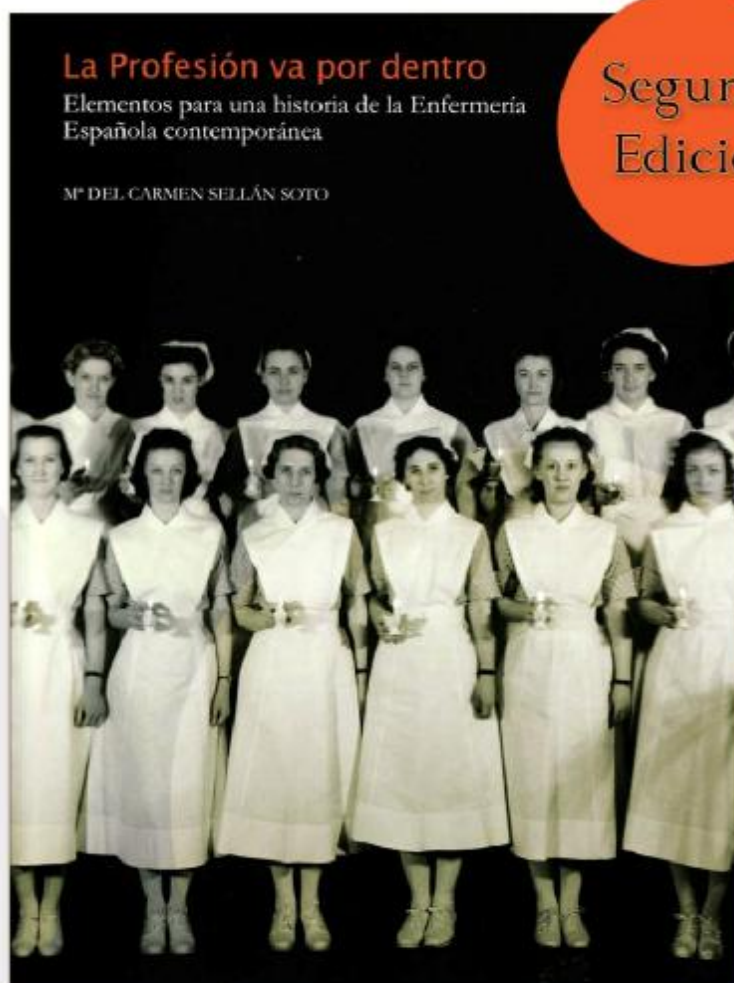
Aunque sobre el lenguaje médico (extrapolable como lenguaje a otras ramas de las ciencias de la salud y entre ellas la Enfermería), Fernando A. Navarro en "Minidiccionario crítico de dudas" plantea que, esta relación múltiple, produce una serie de propuestas de traducción que deben ser consideradas teniendo en cuenta: el "uso habitual", las "normas ortográficas", las "recomendaciones oficiales de las nomenclaturas normalizadas" y la "necesidad de precisión y claridad que debe caracterizar a todo lenguaje".

Cuando, mediante el Real Decreto 1093/2010 (de 3 de septiembre), el Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad de España aprobó el Conjunto Mínimo de Datos de los Informes Clínicos en el Sistema Nacional de Salud hizo apuntando la "recomendación oficial" de "literal" para tres de las cuatro nomenclaturas posibles del lenguaje diagnóstico, la de resultados y la de intervenciones) algo que no aparecía en su borrador previo. El Departamento de Metodología en Innovación de FUDEN ya advirtió a través de su artículo "La visibilidad sanitaria del cuidado: un reto en los Sistemas de Información Informatizados" publicado en la revista "Informática y Salud", que esto "no sucede con otras codificaciones" y que "añade una especial complejidad tanto de actualización de los sistemas de entrada de datos como de posibles sistemas basados en conocimiento) como de sistema de almacenamiento de datos y consecuentemente de posterior minería que pueda realizarse de los mismos".

Afortunadamente al hablarse de "literal" queda abierta, como se argumentó en el inicio de este editorial, la puerta a la equivalencia de la traducción, una equivalencia que ha quedado probada y demostrada en el Programa CENES y que, cuando menos, es equiparable a las equivalencias realizadas por otros organismos y entidades.

No obstante este Departamento de Metodología en Innovación estará al tanto, y advertirá a sus lectores ante posibles malinterpretaciones del término "literal" así como de posibles intereses espurios (como pudieran ser el aprovechamiento económico de lo que es un lenguaje común o la exclusividad para apuntar lo que es o no literal en el lenguaje del cuidado) que pudieran ocurrirse ante un Real Decreto histórico para el avance de los cuidados.

Segunda Edición Ya a la venta



El Departamento de Metodología de FUDEN ha vuelto a contar con la Dra. Sellán Soto, Asesora en Historia y Modelos Disciplinarios de este Departamento, a la hora de realizar esta segunda edición en la que reflexiona, tras años de investigación doctoral, sobre la Enfermería española contemporánea.

Un enfoque actual y novedoso muy útil para todas aquellas enfermeras interesadas en conocer los avances y evolución, en varios capítulos, que engloban desde la prehistoria del cuidado hasta todas las novedades que se ha logrado en la profesión.



Conceptualizaciones acerca del Cuidado

La Investigación Taxonómica del Cuidado (ITC)

Santamaría García José María (1,2,4), Arribas Cachá Antonio (1), Gómez González Jorge Luis (2,1), Jiménez Rodríguez María Lourdes (3,1), Sellán Soto María del Carmen(4,2), González Sotos León Atilano (3,1)

(1) Departamento de Metodología en Innovación de Fuden, (2) Departamento de Enfermería de la Universidad de Alcalá, (3) Departamento de Ciencias de la Computación de la Universidad de Alcalá, (4) Escuela de Enfermería "la Paz" adscrita a la Universidad Autónoma de Madrid.

Cita de artículo

Santamaría García JM, Arribas Cachá A, Gómez González JL, Jiménez Rodríguez ML, Sellán Soto MC, González Sotos LA. Investigación taxonómica. El Lenguaje del Cuidado 2010; 2(8): 7-14.

Palabras clave

Cuidado, Investigación, Evidencia, Taxonomía

Resumen

La investigación requiere preguntas que, esencialmente, estén enmarcadas e integradas en el conjunto de las bases teóricas del conocimiento científico, aquel que explica el por qué de la realidad, con el fin de enfocar su objeto así como de servir de

nuevos o renovados pilares para futuras cuestiones. De este principio participa, como un campo de conocimiento más, el estudio del cuidado.

Es en esta rama del conocimiento donde, como en otras, se hacen necesarias técnicas formales que permitan realizar estudios cuya validez esté solidamente fundamentada.

La Investigación Taxonómica del Cuidado es una nueva técnica de investigación que combina los modos de investigación inductivo y deductivo, y que asienta su validez en los grados de evidencia de las taxonomías del cuidado, en los modelos deductivos que subyacen en el razonamiento profesional y en los principios de la lógica que son la base de su desarrollo.

Abstract

The research requests questions that, essentially, are framed and integrated into all the theoretical bases of the scientific knowledge. This one scientific knowledge is one that explains why of the reality, with the purpose of focusing its object as well as of using as new or renewed pillars for future questions. In this principle takes part, as any field of knowledge, the study of the care.

In this branch of the knowledge is necessary to develop formal technologies that allow to realize studies which validity is solidly based.

The Taxonomic Investigation of the Care is a new technique of investigation that combines the ways of inductive and deductive investigation inductively and deductively, and that sets its validity in the degrees of evidence of the taxonomy of the care, in the deductive models that underlie in the professional reasoning and in the principles of the logic that are the base of their development.

Sobre la evidencia en las taxonomías del cuidado

La introducción y aplicación del concepto de la evidencia científica ha constituido un elemento innovador de enorme relevancia en el campo de la ciencia, tanto en su vertiente del desarrollo empírico, como en el de su aplicación de manera segura y eficaz, lo que ha generado una gran revolución y ha permitido la consecución de grandes avances en el conocimiento en general y en el de los cuidados de salud de las personas en particular..

No obstante, y a pesar de su enorme relevancia e influencia en el desarrollo de la ciencia, también es necesario recordar que la evidencia científica tiene sus limitaciones, tanto en su vertiente cuantitativa como en la cualitativa, tal y como se desarrolló en artículos previos de El Lenguaje del Cuidado (1), lo que se debe tener también en cuenta a la hora de su manejo y utilización.

Primo (2), entre otros autores, describe la existencia de distintos niveles como elementos de graduación de la evidencia. Desde el nivel inferior de evidencia correspondiente a los estudios descriptivos y de consenso de expertos hasta el superior donde los estudios de carácter experimental y aleatorio son los más valorados.

Una vez constatada esta realidad es posible plantearnos su aplicación en el campo de los cuidados de salud y plantearnos la siguiente pregunta; las taxonomías, y centrándonos aún más la taxonomía diagnóstica NANDA y los resultados y actividades NOC y NIC, ¿pueden ser evaluados desde el punto de vista de la evidencia?

Previo a la obtención de una respuesta argumentada a esta pregunta, es necesaria la elaboración de algunas reflexiones acerca de los modelos del cuidado que puedan dar luz al respecto.

En primer lugar parece necesario situar el lugar que ocupan las taxonomías de cuidados en general, y la taxonomía de diagnósticos enfermeros NANDA en particular dentro de los modelos de cuidado.

Para ello, es necesario empezar por diferenciar la existencia de diversos tipos de modelos del cuidado, hecho este fundamental para poder entender el lugar que ocupan los diferentes tipos de desarrollo en el campo de los cuidados.

En este sentido, hay que recordar que existen dos tipos diferenciados de modelos del cuidado:

- Los modelos profesionales.
- Los modelos disciplinares.

Los primeros se orientan hacia explicaciones del "cómo" en la aplicación de los cuidados, mientras que los disciplinares tienen como finalidad explicar el "porqué" de estos cuidados (3,4). Esta primera diferenciación permite visualizar de manera clara y evidente el carácter complementario de estos modelos y, por tanto, la necesidad de la existencia de ambos y la importancia de su desarrollo de manera coordinado.

Centrándonos ya en concreto en el apartado de los modelos profesionales, objeto del desarrollo de este trabajo, es posible describir a su vez dos tipos diferenciados de modelos cuyo ámbito de desarrollo y aplicación es el profesional:

- Modelos profesionales de proceso.
- Modelos profesionales de lenguaje.

Los modelos profesionales de proceso representan cómo es el método, el sistema de desarrollo de la ayuda que proporciona la enfermera a través de los cuidados profesionales.

En este sentido, un claro ejemplo de modelo profesional de proceso, con un alto nivel de acuerdo y consenso a nivel de la comunidad científica enfermera internacional, es el proceso de atención de enfermería (PAE) o proceso de enfermería (PE) con sus diversas fases de valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, pudiendo ser éstas consideradas a su vez como submodelos (5) con sus correspondientes fases de desarrollo.

Los modelos profesionales de lenguaje, a diferencia de los anteriores, expresan cómo se desarrolla dicho proceso de atención a los cuidados.

Estos modelos se basan en el desarrollo de taxonomías enfermeras o del cuidado teniendo en cuenta que, cualquier taxonomía, es algo más allá de una simple clasificación (6), constituyendo una recopilación estructurada de conocimientos del cuidado, centrada en el desarrollo de alguna de las fases del proceso de atención al cuidado.

Ambos modelos no son, como resulta obvio, entes inconexos. Las taxonomías tienen un valor relevante como modelos del lenguaje para poner nombre a los sucesos que acontecen a lo largo del desarrollo del proceso de atención enfermero. La universalidad de estos modelos es variable aunque las más aceptadas y utilizadas son las siguientes:

- En la fase de valoración las variables del cuidado CVD (Clasificación de los Valores Determinantes).
- En la fase diagnóstica los diagnósticos de la taxonomía NANDA
- En la fase de planificación la clasificación de resultados de enfermería (NOC)
- En la fase de ejecución la clasificación de intervenciones (NIC)

Las taxonomías tal y como indica Hernández Conesa (6) se trata de modelos empíricos o experimentales.

Centrándonos en la taxonomía diagnóstica NANDA, las propuestas de los distintos diagnósticos y sus características definitorias están realizadas desde el consenso y por lo tanto podrían ser incluidas en el nivel de evidencia científica inferior. Basándonos en esta realidad el campo de desarrollo en la investigación es aún muy amplio.

Son varios los trabajos que presentados en este sentido pero es interesante establecer algunas pautas en la investigación taxonómica en aras a alcanzar niveles de evidencia superiores a los establecidos hasta el momento.

Que es Investigación Taxonómica del Cuidado (ITC):

Se trata de un tipo de investigación que pretende resolver cuestiones relacionadas con el cuidado partiendo de los lenguajes normalizados que sobre el mismo existen

La idea de investigación taxonómica está fundamentada en dos elementos esenciales: la evidencia y la lógica.

Sobre la evidencia baste con apuntar que, tal y como se desarrollo en el punto anterior, los lenguajes normalizados, cuentan con un nivel de evidencia como mínimo de grado III ("Opiniones basadas en experiencias clínicas, estudios descriptivos, observaciones clínicas o informes de comités de expertos").

Si bien es cierto que pueden existir estudios que aporten algún grado de evidencia superior, se considera que dada la forma de construcción de estos lenguajes ésta es la evidencia media que reside en este tipo de conocimiento.

Sobre la lógica se han tenido en consideración las "premisas extralógicas" que propuso Aristóteles según referencia Jhon Losse en "Introducción histórica a la Filosofía de la Ciencia" (7). Así se ha considerado que las premisas, base para la deducción, han de:

- Ser verdaderas.
- Ser causa de la conclusión
- Conocerse mejor que la conclusión que de ellas se deriva.
- Ser indemostrables.

Sobre la "verdad" de las premisas, la misma se asume al asumir el nivel de evidencia de los lenguajes normalizados del cuidado de los que proceden.

Sobre la "causa de la conclusión" o dirección del razonamiento ("causa de la conclusión") ha de apuntarse que la misma se deriva del "modelado en cascada del

razonamiento". Este modelado emana del proceso de razonamiento asumido en el campo del cuidado profesional que partiendo de determinadas variables (v) determina un diagnóstico (d) del cual se establecen unos criterios de resolución (r) del mismo que son alcanzados a través de una serie de intervenciones (i).

Sobre el "conocimiento de la conclusión" menor que la premisa de las que se deriva su demostración reside en la cadena argumental antes comentada. Dicha cadena no es trivial sino que indica una secuencia de premisas y consecuencias: (v) → (d) → (r) → (i) que no debe ser invertida pues en caso de invertirse la cadena argumental mostrada, se incurriría en un tipo de falacia formal, concretamente en la falacia de la afirmación del consecuente.

No es objeto de este artículo profundizar en los aspectos de la investigación deductiva pero si es conveniente explicar que, las falacias formales son razonamientos no válidos pero que suelen aceptarse porque se asemejan a formas válidas de razonamiento o inferencia produciendo errores que pasan inadvertidos.

El ejemplo clásico de este tipo de falacia es el que partiendo de dos premisas como "Si llueve, me mojo" y "Se da el caso que llueve", puedo concluir con validez formal que "me mojo". Ahora bien, de las dos premisas: "Si llueve, me mojo" y "Se da el caso de que me mojo", no se puede concluir con validez formal "Llueve": puedo estar mojándome por que estoy debajo de la ducha, por ejemplo.

En términos formales esta falacia de afirmación del consecuente sería un razonamiento que partiendo de un condicional (si p, entonces q) y dándose o afirmando el segundo o consecuente, se concluye p, que es el primero o el antecedente.

En el campo del cuidado y concretamente en la investigación taxonómica, se ha indicado que existe una secuencia argumental o condicional ((v) → (d) → (r) → (i)) y de ellas se pueden extraer conocimiento deductivo pero siempre y cuando se mantenga esta cadena.

Así si se intentara concluir un diagnóstico (d) a partir de un resultado (r) se estaría produciendo la falacia antes explicada y el razonamiento sería no válido.

Por ejemplo ante premisas como "si hay alteración de la nutrición por exceso (d) entonces la persona tendrá que lograr una alimentación adecuada (r)" y "Se da el caso que hay la persona tiene alteración de la nutrición por exceso", puedo concluir con validez formal que "tendrá que lograr una alimentación adecuada". Ahora bien, de las

dos premisas: "si hay alteración de la nutrición por exceso (d) entonces la persona tendrá que lograr una alimentación adecuada (r)" y "Se da el caso de que la persona tiene que lograr una alimentación adecuada", no se puede concluir con validez formal "que la persona tiene una alteración por exceso": puede necesitarla por ejemplo porque padece una alteración de la nutrición por defecto.

Tampoco es objeto de este artículo llamar la atención sobre el hecho de que este tipo de argumentaciones falaces hayan podido servir de base para justificar modelos de práctica clínica pero si es conveniente advertir al lector de que esté atento a los razonamientos que sobre las implicaciones o conveniencias de su práctica se hacen pues con un conocimiento básico de la lógica podrá argumentar o contraargumentar las mismas.

Pero volviendo al campo que nos ocupa, el de la investigación, la necesidad de este tipo de, llamémosle, pulcritud argumental es consecuente con la relevancia de la "demarcación de la investigación científica de otro tipo de investigación".

Con dicha pulcritud, como explicita John Losse en sobre "los análisis de los significados de los conceptos", se anula la posibilidad de obtener resultados de investigación "exciencia", considerada como tal "si se puede demostrar que un término se usa de tal manera que no se proporcionan los medios para distinguir las aplicaciones correctas de las incorrectas (como ocurre si se produce una falacia formal)" pues "entonces las interpretaciones en las que figure el concepto pueden ser excluidas del dominio de la ciencia".

Con objeto de salvar la falta de pulcritud argumental en el caso de inferencias realizadas en sentido contrario al orden consecuente ((v) → (d) → (r) → (i)) se han desarrollado técnicas como la Triangulación Taxonómica que reducen la posibilidad de posibles incorrecciones derivadas de la falacia del razonamiento pero que en ningún caso aseguran un razonamiento válido sino una suposición lógica que debe ser contrastada.

La idea de que las premisas deben ser "indemostrables" entendiendo por ello "que no pueden deducirse de principios más básicos" es necesaria para evitar la "regresión infinita de las explicaciones". En el caso de la Investigación Taxonómica del Cuidado este principio no se cumple, pero lejos de ser un impedimento, el reconocimiento de este hecho demarca los límites de la investigación objeto de este artículo.

La ITC parte en el razonamiento deductivo de evidencias (de mayor o menor grado) obtenidas inductivamente (alejadas del principio de verdad de los axiomas que son la base para la deducción). Este hecho hace que el razonamiento pueda y deba ser revisado al menos en dos supuestos ambos derivados de la falta de verdad o evidencia:

- El primero sucederá cuando la premisa de partida se modifique por que se haya mejorado la evidencia de la misma.
- El segundo cuando se pueda obtener una demostración basada "en principios más básicos (evidentes)" que la premisa que se empleo para hacer el razonamiento.

En ambos casos la modificación del razonamiento acercará siempre los resultados de la investigación a la "verdad" que se obtendría si se partiese de principios verdaderos como son los "axiomas".

Aplicación de la ITC

Una vez explicitados los fundamentos, su nivel de evidencia, su fundamentación y corrección técnica así como las limitaciones de este tipo de investigación que combina el modo inductivo y deductivo de la misma, es conveniente explicitar potenciales sus usos.

No obstante los mismos son sólo una aproximación a todos los posibles pues la ITC es una técnica de investigación que determina exclusivamente el objeto de investigación (los lenguajes normalizados y los modelos profesionales del cuidado) quedando tanto las posibles aplicaciones como los desarrollos subsiguientes abierto a los científicos que empleen esta técnica.

Entre los campos que se abren con la ITC están:

- Determinación de Trayectos Metodológicos en el Campo del Cuidado: entendiendo por ellos la cadena causal argumentada que recoge (v) → (d) → (r) → (i).
- Construcción de Bases de Conocimientos para sistemas computerizados que pueden emplearse en la construcción de herramientas para ayuda en la:
 - § Clínica.
 - § La formación de grado y posgrado.
 - § La investigación.

§ La gestión: mediante su inclusión en sistemas de información sanitaria pues cumple además con las especificaciones marcadas por los organismos tanto nacionales como internacionales.

- Construcción de ayudas a los usuarios para la identificación y alternativas de sus problemas de cuidados lo que mejoraría su seguridad y la eficiencia del sistema sanitario.
- Minería de Datos con la información disponible en los servidores clínicos existentes.

Muchas y variadas posibilidades que demuestran el largo recorrido de esta técnica altamente eficiente pues se apoya en las evidencias existentes y consume tan sólo el recurso de la capacidad de cada científico para razonar eso si, de acuerdo con los principios de la lógica.

Referencias bibliográficas

1. Gómez González JL, Santamaría García JM, Jiménez Rodríguez ML, Arribas Cachá A, Sellán Soto MC. Sobre la evidencia del cuidado. *El Lenguaje del Cuidado* 2010; 2 (6):7-16.
2. Primo J. Niveles de evidencia y grados de recomendación. *Enfermedad inflamatoria intestinal* al día 2003;2(2):39-42
3. Santamaría García JM. Investigación deductiva, representación lógica e implementación computacional sobre las limitaciones de acción del autocuidado según el modelo de Dorothea Orem. Tesis Alcalá de Henares (Madrid). Universidad de Alcalá, 2008.
4. Santamaría García JM. Apuntes del cuidado. Por qué es y cómo es. Madrid: FUDEN; 2010.
5. Kozier B. Fundamentos de Enfermería conceptos, procesos y prácticas. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 2005.
6. Hernández J, Esteban M. Fundamentos de enfermería, teoría y método. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 2003.
7. Losee J. Introducción histórica a la filosofía de la ciencia. Madrid: Alianza; 1976



Educación sobre Cuidado

Diagnósticos asociados al proceso vital de Intervención Quirúrgica

Dña. Eva M^a López Aguilar (1); Dña. Eva M^a Mentrída Ruíz (2)

Enfermeras: (1) Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba); (2) Hospital Virgen de la Salud (Toledo)

Cita de artículo

López Aguilar EM; Mentrída Ruíz EM. Diagnósticos asociados al proceso vital de Intervención Quirúrgica. Lenguaje del cuidado 2010; 2(8): 15-46

Palabras clave

Educación, Diagnóstico, Cuidado, Intervención Quirúrgica

Resumen

Resulta relevante que una taxonomía dedique dos etiquetas diagnósticas a un proceso vital como es el de "intervención quirúrgica".

Pero la significación diagnóstica en el contexto del proceso quirúrgico no recae únicamente sobre estas dos etiquetas sino que han de considerarse el resto de categorías diagnósticas.

En este sentido, la valoración llevada a cabo por los profesionales sanitarios debe tener en cuenta todas las esferas de la persona con la finalidad de identificar aquellos problemas de cuidados reales o potenciales en el contexto del proceso vital mencionado.

Abstract

It is relevant that a taxonomy dedicates two diagnostic labels to a vital process as it is "surgery".

But the diagnostic significance in the context of the surgical process doesn't only fall on these two labels but it has to be considered the other diagnostic categories.

In this sense, the assessment carried out by health professionals should take into account all areas of the person with the aim of identifying those problems or potential cares in the context of the mentioned life process.

Introducción

Basándose en la normalización que, sobre la Conceptualización del conocimiento del cuidado de las personas, fue realizada por el Departamento de Metodología de FUDEN (Fundación para el Desarrollo de la Enfermería), el grupo de investigación que ha realizado este trabajo se planteó como objetivo la adquisición del conocimiento acerca de los diagnósticos relacionados con el proceso vital de "intervención quirúrgica", propuestos por la NANDA (North American Nurses Diagnosis Association).

En esta adquisición se contempló, tal y como marca la Normalización realizada en el Departamento de Metodología de FUDEN, en primer lugar la extracción del conocimiento tanto de fuentes centradas en la descripción taxonómica como en fuentes que abordan los aspectos clínicos de estos problemas y, en segundo lugar, la educación que de dichos problemas poseía el grupo de expertos clínicos que participó en el estudio.

La historia de la cirugía es tan antigua que se han evidenciado intervenciones quirúrgicas datadas del paleolítico, aunque en ese momento, la cirugía estaba íntimamente relacionada con los rituales y lo mágico, dejando al margen la tecnificación que se ha ido desarrollando más adelante.

Los procesos quirúrgicos se han dividido tradicionalmente en tres etapas o fases, denominadas: preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio. Las etiquetas diagnósticas propuestas por la NANDA abordan la segunda y la tercera fase del proceso, obviando la importancia de la primera desde el punto de vista del cuidado.

Aunque en el presente artículo se han estudiado los diagnósticos de enfermería al respecto del proceso quirúrgico, y teniendo en cuenta a la persona en todas sus esferas y el entorno en el que está inmersa, es necesario considerar los diagnósticos de cuidados, reales o potenciales, que rodean el proceso quirúrgico. Es decir, que el 'Riesgo de lesión perioperatoria' y el 'Retraso en la recuperación quirúrgica' son diagnósticos de

enfermería generales que pueden enmascarar un conjunto de otros diagnósticos de cuidados derivados de esta situación.

Desde un punto de vista teórico, una intervención quirúrgica nos aboca a una situación de desviación de la salud, y por tanto su interpretación se puede fundamentar en base a modelos teóricos o filosofías como el de Dorothea Orem, Virginia Henderson o M. Gordon.

Metodología

- **Objetivo General:** Determinar las variables, su interrelación y la aplicación en las etiquetas diagnósticas que permiten conceptualizar los problemas de cuidados relacionados con el proceso vital de "intervención quirúrgica", propuestas por NANDA:
 - Riesgo de lesión perioperatoria.
 - Retraso en la recuperación quirúrgica.

- **Objetivos Específicos:**
 - Establecer los valores determinantes de cada diagnóstico.
 - Analizar los factores etiológicos que los causan, los propician o coadyuvan a su mantenimiento.
 - Determinar las posibles situaciones asistenciales en las que el diagnóstico puede aparecer.

- **Sujetos de estudio:** Los sujetos de estudio fueron los diagnósticos NANDA relacionados con el proceso quirúrgico; que son: Riesgo de lesión perioperatoria y Retraso en la recuperación quirúrgica.

- **Tiempo de estudio:** El presente estudio se realizó del 16 de junio de 2010 al 16 de octubre de 2010. Según marca el protocolo de investigación, durante el primer mes se realizó la Extracción del conocimiento; en el segundo mes se trabajó en la Educación y los dos meses últimos se emplearon en la depuración de resultados.

- **Metodología:** Se ha seguido la metodología de Adquisición del conocimiento taxonómico sobre situaciones del cuidado de las personas, normalizada por FUDEN, que consta de las siguientes fases:

a) Primera fase o de "Extracción del conocimiento":

1. Etapa de recopilación de datos.
2. Etapa de análisis y estandarización.

b) Segunda fase de verificación clínica o de "Educción del conocimiento":

1. Fase de aportación individual de cada uno de los integrantes.
2. Fase de trabajo en equipo, donde se analizarán las aportaciones individuales.
3. Fase de consenso y documentación.

Resultados

Los resultados se presentarán en tres apartados determinados por los objetivos específicos de la investigación:

- 1) *Valores determinantes diagnóstico:*

Riesgo de lesión perioperatoria.

Diagnóstico		Valores determinantes	
00087	Riesgo de lesión perioperatoria	-	No existen (<i>diagnóstico de riesgo</i>)
Situación en la que la persona está en riesgo de sufrir una lesión durante el transcurso de un procedimiento quirúrgico invasivo, y a consecuencia de las condiciones ambientales y/o de los condicionantes de la persona.			

Retraso en la recuperación quirúrgica.

Diagnóstico		Valores determinantes	
00100	Retraso en la recuperación quirúrgica	00079	Fatiga
	Situación en la que una persona sometida a una intervención quirúrgica, precisa de una mayor tiempo de recuperación del esperado inicialmente, retrasando el comienzo y realización efectiva de sus actividades de cuidado, necesarias para la vida, la salud y el bienestar.	00082	Inapetencia, anorexia
		00428	Limitación habilidad motora grosera
		00474	Interrupción de la curación de la herida quirúrgica
		00476	Imposibilidad de completar el autocuidado sin ayuda
		00477	Requiere más tiempo para recuperarse de un proceso quirúrgico
		00601	Informes de dolor

- 2) *Factores etiológicos de diagnóstico:*

Riesgo de lesión perioperatoria.

Diagnóstico		Factores etiológicos	
00087	Riesgo de lesión perioperatoria	00066	Enfermedad crónica: consecuencias
	Situación en la que la persona está en riesgo de sufrir una lesión durante el transcurso de un procedimiento quirúrgico invasivo, y a consecuencia de las condiciones ambientales y/o de los condicionantes de la persona.	00082	Anestesia: efectos indeseados
		00149	Extremos ponderales
		00150	Obesidad
		00228	Debilidad muscular
		00244	Deterioro musculoesquelético: consecuencias
		00249	Inmovilización física: efectos no deseados
		00292	Edemas
		00357	Desorientación

Retraso en la recuperación quirúrgica.

Diagnóstico		Factores etiológicos	
00100	Retraso en la recuperación quirúrgica	00069	Infecciones: consecuencias
	Situación en la que una persona sometida a una intervención quirúrgica, precisa de una mayor tiempo de recuperación del esperado inicialmente, retrasando el comienzo y realización efectiva de sus actividades de cuidado, necesarias para la vida, la salud y el bienestar.	00150	Obesidad
		00374	Dolor

- 3) *Situaciones asistenciales de aparición:*

Riesgo de lesión perioperatoria.

Diagnóstico	Problema/Situación/Proceso vital
00087	Riesgo de lesión perioperatoria
	Anestesia/sedación
	Artropatías
	Confusión
	Debilidad muscular
	Edemas
	Inmovilizaciones (férula, escayola, etc.)
	Peso corporal: excesivo
	Peso corporal: insuficiente

Retraso en la recuperación quirúrgica.

Diagnóstico	Problema/Situación/Proceso vital
00100	Retraso en la recuperación quirúrgica
	Cuidados/tratamientos: no realización total o parcial
	Dolor: continuo/severo
	Problemas de cicatrización

Conclusiones

Es significativo que una taxonomía dedique dos etiquetas diagnósticas a un proceso vital como es una intervención quirúrgica. Es un problema común cuando se etiquetan situaciones vitales como si fueran problemas de cuidados.

A lo largo de su vida la gran mayoría de las personas tendrán que someterse a una intervención quirúrgica. En este sentido, la intervención quirúrgica se constituye como un proceso vital que avoca a la persona a una situación en la que su salud queda comprometida, y en la que será precisa la valoración de los profesionales sanitarios a fin de identificar la presencia de diagnósticos de cuidados, potenciales o de riesgo, que permitan iniciar la terapéutica más adecuada en cada situación.

Así mismo, cabe reseñar a inexistencia de etiquetas diagnósticas NANDA para la primera fase del proceso quirúrgico o fase preoperatoria.

En conclusión, desde el punto de vista del cuidado de las personas, la intervención quirúrgica en sí misma se constituye como agente causal de los diagnósticos de enfermería que se han abordado en este artículo, y además se considera un agente potencialmente causal de otros problemas de cuidados derivados del proceso quirúrgico.

Bibliografía

- Ackley BJ, Ladwing GB. Manual de Diagnósticos de Enfermería. Guía para planificar los cuidados. 7ª ed. Madrid: Elsevier, 2006:
- Alfaro R. Pensamiento crítico y juicio clínico en enfermería. Elsevier. Barcelona. 2008.
- Arribas A, Santamaría JM, Jiménez L. Protocolo de Investigación para la Educación del Conocimiento sobre Taxonomías del Cuidado. *Lenguaje del Cuidado* 2009; 1 (1):15 - 20
- Arribas AA et al. Valoración enfermera estandarizada. Clasificación de los criterios de valoración de enfermería. Madrid: Observatorio de Metodología Enfermera, FUDEN; 2006.
- Arribas A, Jiménez L, Santamaría JM, Sellán C, Gómez JL, Índice de gravosidad asistencial basado en factores condicionantes básicos. Departamento de Metodología Enfermera, FUDEN, 2008.
- Basora I et al. Los diagnósticos enfermeros: revisión crítica y guía práctica. 8ª ed. Barcelona: Masson, 2008.
- Bulechek GM, Butcher H, McCloskey JC. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2008.

- Carpenito LJ. Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería. 4ª ed. Barcelona: McGraw Hill; 2005.
- Gordon M. Manual de Diagnósticos Enfermeros. 11ª edición. Madrid: Elsevier; 2007
- Johnson M, McCloskey Dochterman J, Maas ML, Moorhead S, Bulechek GM, Swanson E, Butcher H. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2006
- Kozier B. Fundamentos de enfermería conceptos, procesos y prácticas. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 2005.
- Lewis SM, Heitkemper MM, Dirksen RS. Enfermería Medicoquirúrgica. Valoración y cuidados de problemas clínicos. Madrid: Elsevier; 2004.
- Luis MT. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificaciones 2007-2008. Elsevier. Madrid 2008
- Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 6ªed. Madrid: Elsevier; 2006.
- Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2008.
- NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007–2008. Madrid: Elsevier; 2008:
- Orem DE. Modelo de Orem: Conceptos de Enfermería en la práctica. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas; 1993.
- Santamaría García et al. Apuntes sobre el cuidado: por qué es y cómo es. Madrid: Observatorio de Metodología Enfermera, FUDEN; 2008.
- Santamaría García JM. Investigación deductiva, representación lógica e implementación computacional sobre las limitaciones de acción del Autocuidado según el modelo de Dorothea Orem. Tesis. Alcalá de Henares (Madrid): Universidad de Alcalá; 2008.
- Suzanne Kérouac et al., El pensamiento enfermero., Masson, 1995.
- Ugalde Apalategui M. Traducción, revisión y comentarios a Diagnósticos de Enfermería NANDA. 1ª edición. Barcelona: Masson; 1995.



Problemas de cuidados en las alteraciones de la percepción sensorial

Dña. Pilar García Lasheras (1); Dña. Olga Buergo García (2); Dña. M^a Sonia Becerra Becerra (3); Dña. M^a Teresa Sánchez Alonso (4)

Enfermeras: (1) Hospital Nuestra Señora de Gracia (Zaragoza); (2) Complejo Hospitalario de Soria (Soria); (3) Centro de Salud de Llerena (Badajoz); (4)

Cita de artículo

García Lasheras P; Buergo García O; Becerra Becerra MS; Sánchez Alonso MT.
Problemas de cuidados en las alteraciones de la percepción sensorial. Lenguaje del cuidado 2010; 2(8): 23-32

Palabras clave

Educación, Diagnóstico, Cuidado, Percepción sensorial

Resumen

Desde el punto de vista del cuidado, la valoración de la percepción sensorial es uno de los puntos clave en la anamnesis dada la estrecha relación que existe entre la presencia de alteraciones sensoriales y la coexistencia de otras situaciones de déficit de autocuidado.

El abordaje de las alteraciones de la percepción sensorial debe fundamentarse en un modelo teórico destacando, a propósito del cuidado de las personas con riesgo de déficit para cuidarse, el modelo propuesto por Dorothea E. Orem.

La importancia conceptual del mismo reside en que clarifica la función de la enfermera según la situación en la que se encuentra la persona que precisa cuidados.

Abstract

From the point of view of care, the assessment of sensorial perception is a fundamental aspect of the anamnesis because of the close connection that exists between the presence of sensorial disturbances and the existence of other autocare deficit situations.

The alteration's approach of sensorial perception must be based on a theoretical model emphasizing, with regard to the care of people at risk to care deficit, the proposed model by Dorothea E. Orem.

The conceptual importance of the same resides in which it clarify the function of the nurse according to the situation in which is the person who needs well-taken care of..

Introducción

Fundamentándose en la normalización que, sobre la Conceptualización del conocimiento del cuidado de las personas, fue realizada por el Departamento de Metodología de FUDEN (Fundación para el Desarrollo de la Enfermería), el grupo de investigación que ha realizado este trabajo se planteó como objetivo la adquisición del conocimiento acerca de los diagnósticos relacionados con las alteraciones de la percepción sensorial, propuestos por la NANDA (North American Nurses Diagnosis Association).

En esta adquisición se contempló, tal y como marca la Normalización realizada en el Departamento de Metodología de FUDEN, en primer lugar la extracción del conocimiento tanto de fuentes centradas en la descripción taxonómica como en fuentes que abordan los aspectos clínicos de estos problemas y, en segundo lugar, la educación que de dichos problemas poseía el grupo de expertos clínicos que participó en el estudio.

En primer lugar, de cara al abordaje de este conjunto de etiquetas relacionadas con alteraciones en la percepción de las personas se considera necesario conceptualizar qué es la percepción. Así, para la Real Academia de la Lengua Española (R.A.E.), 'percibir' se define como "recibir por uno de los sentidos las imágenes, impresiones o sensaciones externas", y 'percepción' queda definida como la "sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos".

Estas tres etiquetas: perturbación del campo de energía, trastorno de la percepción sensorial y desatención unilateral, son diagnósticos de enfermería generales que conforman la base de problemas más concretos de difícil diagnosis.

Desde un punto de vista teórico, a propósito del diagnóstico de 'Perturbación del campo de energía' cabe señalar que esta etiqueta puede abordarse bajo el modelo de Martha Rogers, basado en la concepción de que el hombre es un todo unitario que se

encuentra en relación constante con el entorno, con el cual intercambia materia y energía de manera continua.

La presencia en una persona de una de las otras dos etiquetas relacionadas con las alteraciones de la percepción sensorial: trastorno de la percepción sensorial y desatención unilateral, puede incluir un conjunto de problemas de cuidados que puede desencadenar situaciones de déficit de autocuidado, lo que conlleva dependencia en las personas que los padecen.

A tenor de lo expuesto y considerando la indispensable valoración de la presencia/ausencia de estos problemas en las personas, se hace necesario recurrir a los modelos teóricos y filosofías sobre el cuidado que han sido desarrollados históricamente por diversas autoras.

En este sentido, cabe destacar los trabajos realizados por D. Orem, enfermera que desarrolló un modelo conceptual que incluye tres teorías: una teoría del autocuidado, una teoría del déficit de autocuidado y una teoría general de los sistemas. En este modelo, las alteraciones sensoriales son abordadas en el requisito de autocuidado universal de 'mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social'. Además, al respecto a potencialidad de déficit de autocuidado y al abordaje de su presencia, esta teórica desarrolla la teoría general de los sistemas con la finalidad de describir la función de la enfermera, que será de compensación total, parcial o de apoyo educativo, según la situación en la que se encuentra la persona que precisa cuidados.

V. Henderson por su parte, incluye estos problemas en la décima necesidad básica sobre 'comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones' y M. Gordon en el sexto patrón o patrón cognitivo-perceptual.

Metodología

- Objetivo General: determinar las variables así como las situaciones asistenciales de las etiquetas diagnósticas relacionadas con alteraciones de la percepción sensorial, propuestas por NANDA:
 - Perturbación del campo de energía.
 - Trastorno de la percepción sensorial (especificar).
 - Desatención unilateral.

- **Objetivos Específicos:**
 - Establecer los valores determinantes de cada diagnóstico.
 - Describir los factores etiológicos que propician o coadyuvan en cada diagnóstico.
 - Determinar las posibles situaciones asistenciales en las que el diagnóstico puede aparecer.

- **Sujetos de estudio:** El estudio se centró en los diagnósticos NANDA relacionados con las alteraciones de la percepción sensorial: Perturbación del campo de energía, Trastorno de la percepción sensorial (especificar), Desatención unilateral.

- **Tiempo de estudio:** El grupo de investigación realizó su trabajo desde el 16 de julio de 2010 al 16 de noviembre de 2010 según las etapas que se describen más adelante.

- **Metodología:** Se ha seguido la metodología de Adquisición del conocimiento taxonómico, normalizada por FUDEN, que consta de las siguientes fases:
 - a) Primera fase o de "Extracción del conocimiento":
 1. Etapa de recopilación de datos.
 2. Etapa de análisis y estandarización.

 - b) Segunda fase de verificación clínica o de "Educción del conocimiento":
 1. Fase de aportación individual de cada uno de los integrantes.
 2. Fase de trabajo en equipo, donde se analizarán las aportaciones individuales.
 3. Fase de consenso y documentación.

Resultados

Los resultados se presentarán en tres apartados, determinados por los objetivos específicos de la investigación:

- 1) *Valores determinantes diagnóstico:*

Perturbación del campo de energía

Diagnóstico	Valores determinantes	
00050 Perturbación del campo de energía	00422	Cambios de temperatura: calor
Situación en la que la persona presenta una desorganización de su flujo de energía que altera la armonía en su cuerpo, en su mente, en su espíritu o en todas ellas.	00426	Cambios de temperatura: frío
	00634	Disminución de las emociones
	00423	Distorsiones visuales
	00424	Movimiento (ondulante, ..)
	00425	Sonido: entonación, palabras.

Trastorno de la percepción sensorial (especificar)

Diagnóstico	Valores determinantes	
00122 Trastorno de la percepción sensorial	00071	Agitación
Situación en la que la persona experimenta una modificación en la cantidad o interpretación de los estímulos que percibe, lo que provoca respuestas disminuidas, exageradas, distorsionadas o deterioradas de los mismos.	00563	Alteraciones perceptuales (alucinaciones, sensaciones)
	00560	Cambio en las habilidades para la solución de problemas
	00561	Cambios en el patrón de conducta
	00559	Cambios en las respuestas usuales a los estímulos sensoriales
	00080	Desorientación
	00441	Dificultad para expresar las ideas
	00454	Dificultad para la concentración
	00564	Distorsiones auditivas
	00423	Distorsiones visuales
	00394	Irritabilidad

Desatención unilateral

Diagnóstico		Valores determinantes	
00123	Desatención unilateral	00568	Ausencia de medidas de seguridad de una parte de cuerpo
Situación en la que la persona no percibe adecuadamente un lado de su cuerpo y no le presta el cuidado necesario, centrando su atención en el opuesto.		00567	Déficit de autocuidado
		00570	Dejar alimentos en el plato en el lado corporal afectado
		00566	Desatención a los estímulos del lado afectado
		00569	No mirar hacia el lado corporal afectado

- 2) *Factores etiológicos de diagnóstico:*

Perturbación del campo de energía

Diagnóstico		Factores etiológicos	
00050	Perturbación del campo de energía	00105	Amenazas o lesiones graves: consecuencias
Situación en la que la persona presenta una desorganización de su flujo de energía que altera la armonía en su cuerpo, en su mente, en su espíritu o en todas ellas.		00389	Ansiedad
		00375	Dolor severo
		00411	Duelo
		00499	Embarazo inesperado o no deseado: no aceptación
		00067	Enfermedad severa: consecuencias
		00253	Inmovilidad: consecuencias
		00059	Lesión aguda: consecuencias
		00061	Percepción subjetiva de gravedad de la enfermedad
		00390	Temor

Trastorno de la percepción sensorial (especificar)

Diagnóstico		Factores etiológicos	
00122 Trastorno de la percepción sensorial Situación en la que la persona experimenta una modificación en la cantidad o interpretación de los estímulos que percibe, lo que provoca respuestas disminuidas, exageradas, distorsionadas o deterioradas de los mismos.	00425	Aislamiento social	
	00304	Alteración del sueño	
	00369	Déficit sensorial: consecuencias	
	00079	Desequilibrio bioquímico: consecuencias	
	00186	Desequilibrio electrolítico	
	00374	Dolor	
	00370	Estimulación sensorial insuficiente	
	00500	Estrés	
	00371	Excesivos estímulos ambientales	
	00253	Inmovilidad: consecuencias	

Desatención unilateral

Diagnóstico		Factores etiológicos	
00123 Desatención unilateral Situación en la que la persona no percibe adecuadamente un lado de su cuerpo y no le presta el cuidado necesario, centrandolo su atención en el opuesto.	00490	Alteración de la estructura corporal: problemas de adaptación	
	00363	Ceguera unilateral: consecuencias	
	00369	Déficit sensorial: consecuencias	
	00323	Deterioro/lesión neurológica: consecuencias	
	00320	Traumatismo craneal: consecuencias	

3) *Situaciones asistenciales de aparición:*

Perturbación del campo de energía

Diagnóstico	Problema/Situación/Proceso vital
00050 Perturbación del campo de energía	Amenaza grave para la salud
	Ansiedad
	Dolor: continuo/severo
	Embarazo no deseado/planificado
	Enfermedad severa
	Fobias, miedos
	Hipocondría
	Inmovilizado/encamado
	Pérdidas/separaciones significativas (duelo)

Trastorno de la percepción sensorial (especificar)

Diagnóstico	Problema/Situación/Proceso vital
00122 Trastorno de la percepción sensorial	Aislamiento social
	Audición: hipoacusia
	Dolor: continuo/severo
	Equilibrio: alterado. Mareos
	Estimulación sensorial escasa/insuficiente
	Estrés
	Fatiga
	Glucemia alterada
	Inmovilizado/encamado
	Insomnio
	Olfato: alteración/ disminución
	Visión: problemas/disminución
	Vitaminas: déficit

Desatención unilateral

Diagnóstico	Problema/Situación/Proceso vital
00123 Desatención unilateral	ACVA
	Amputaciones
	Parálisis/paresia corporal
	Traumatismo craneal
	Visión: unilateral

Conclusiones

Dada la importancia de las alteraciones de la percepción sensorial, así como la incidencia de déficit de autocuidado en personas diagnosticadas de alguno de los problemas de cuidados que incluyen, es indudable la importancia que confiere la labor de los profesionales del cuidado en estos casos.

La valoración y el diagnóstico precoz se constituyen como elementos fundamentales que garantizarán el adecuado asentamiento posterior de una terapéutica basada en la prevención de los potenciales déficits de autocuidado y en la puesta en marcha de planes de acción que incluyan cuidados dirigidos a solventar los déficits reales.

Bibliografía

- Ackley BJ, Ladwing GB. Manual de Diagnósticos de Enfermería. Guía para planificar los cuidados. 7ª ed. Madrid: Elsevier, 2006:
- Alfaro R. Pensamiento crítico y juicio clínico en enfermería. Elsevier. Barcelona. 2008.
- Arribas A, Santamaría JM, Jiménez L. Protocolo de Investigación para la Educación del Conocimiento sobre Taxonomías del Cuidado. Lenguaje del Cuidado 2009; 1 (1):15 - 20
- Arribas AA et al. Valoración enfermera estandarizada. Clasificación de los criterios de valoración de enfermería. Madrid: Observatorio de Metodología Enfermera, FUDEN; 2006.

- Arribas A, Jiménez L, Santamaría JM, Sellán C, Gómez JL, Índice de gravosidad asistencial basado en factores condicionantes básicos. Departamento de Metodología Enfermera, FUDEN, 2008.
- Basora I et al. Los diagnósticos enfermeros: revisión crítica y guía práctica. 8ª ed. Barcelona: Masson, 2008.
- Bulechek GM, Butcher H, McCloskey JC. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2008.
- Carpenito LJ. Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería. 4ª ed. Barcelona: McGraw Hill; 2005.
- Chocarro L, Venturini C. Guía de procedimientos prácticos en Enfermería Médico-Quirúrgica. 1ª ed. Madrid: Elsevier; 2006
- Gordon M. Manual de Diagnósticos Enfermeros. 11ª edición. Madrid: Elsevier; 2007
- Johnson M, McCloskey Dochterman J, Maas ML, Moorhead S, Bulechek GM, Swanson E, Butcher H. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2006
- Kozier B. Fundamentos de enfermería conceptos, procesos y prácticas. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 2005.
- Luis MT. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificaciones 2007-2008. Elsevier. Madrid 2008
- Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 6ªed. Madrid: Elsevier; 2006.
- Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2008.
- NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007–2008. Madrid: Elsevier; 2008:
- Orem DE. Modelo de Orem: Conceptos de Enfermería en la práctica. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas; 1993.
- Real Academia Española **[sede Web]**; acceso 17 de septiembre de 2010. Disponible en: <http://www.rae.es>
- Santamaría García et al. Apuntes sobre el cuidado: por qué es y cómo es. Madrid: Observatorio de Metodología Enfermera, Fuden; 2008.
- Santamaría García JM. Investigación deductiva, representación lógica e implementación computacional sobre las limitaciones de acción del Autocuidado según el modelo de Dorothea Orem. Tesis. Alcalá de Henares (Madrid): Universidad de Alcalá; 2008.
- Suzanne Kérouac et al., El pensamiento enfermero., Masson, 1995.
- Ugalde Apalategui M. Traducción, revisión y comentarios a Diagnósticos de Enfermería NANDA. 1ª edición. Barcelona: Masson; 1995.

Limitaciones en el cuidado debidas a la construcción de los diagnósticos del dolor

D. José María Santamaría García (1,2,3); D. Antonio Arribas Cachá (1); Dña. María del Carmen Sellán Soto (3,1); D. Antonio Vázquez Sellán (4,1); Dña María Luisa Díaz Martínez(4,1), Dña. Amelia Amézcua Sánchez (5)

Enfermeras: (1) Departamento de Metodología en Innovación de Fuden, (2) Departamento de Enfermería de la Universidad de Alcalá, (3) Escuela de Enfermería "la Paz" adscrita a la Universidad Autónoma de Madrid, (4) Hospital Universitario "La Paz" Madrid, (5) Fundación para el Desarrollo de la Enfermería.

Cita de artículo

Santamaría García JM; Arribas Cachá A; Sellán Soto MC; Vázquez Sellán A; Díaz Martínez ML, Amézcua Sánchez A. Limitaciones en el cuidado debidas a la construcción de los diagnósticos del dolor. *Lenguaje del cuidado* 2010; 2(8): 33-41

Palabras clave

Educción, Diagnóstico, Cuidado, Dolor

Resumen

En la actualidad, el dolor es uno de los problemas de mayor incidencia como motivo de consulta en los servicios de atención primaria.

Dada la importancia de este problema para la población, que puede llegar a limitar la capacidad de autocuidado de las personas y/o modificar su demanda de cuidados, se hace imprescindible su valoración por los profesionales sanitarios en base a un modelo teórico.

Así mismo una adecuada diagnosis mejorará la seguridad a la hora de poner en marcha las medidas terapéuticas necesarias para prevenir/solventar tanto el diagnóstico principal de dolor como los diagnósticos (reales o potenciales) causados por este.

Abstract

At present, pain is one of the problems of greatest incidence and causes of consultation in the service of primary care.

Due to importance of this problem for the population, that could limit the ability of people's autocare and / or modify their demand for care, its valuation becomes indispensable by the sanitary professionals on the basis of a theoretical model.

Also a suitable diagnosis will improve security when implementing therapeutic measures necessary to solve both the primary diagnosis of pain as the diagnoses (real or potential) caused by this.

Introducción

Partiendo de la normalización que, sobre la Conceptualización del conocimiento del cuidado de las personas, fue realizada por el Departamento de Metodología de FUDEN (Fundación para el Desarrollo de la Enfermería), el grupo de investigación que ha realizado este trabajo se planteó como objetivo la adquisición del conocimiento acerca de los diagnósticos relacionados con el dolor, propuestos por la NANDA (North American Nurses Diagnosis Asociation).

En esta adquisición se contempló, tal y como marca la Normalización realizada en el Departamento de Metodología de FUDEN, en primer lugar la extracción del conocimiento tanto de fuentes centradas en la descripción taxonómica como en fuentes que abordan los aspectos clínicos de estos problemas y, en segundo lugar, la educación que de dichos problemas poseía el grupo de expertos clínicos que participó en el estudio.

La Real Academia de la Lengua Española (R.A.E.) define el término 'dolor' como la "sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior". Así mismo, desde el punto de vista del cuidado la NANDA, define el 'dolor' como una "experiencia emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial".

Los diagnósticos formulados por NANDA se refieren al dolor como 'Dolor agudo' y 'Dolor crónico', quedando diferenciadas ambas etiquetas únicamente por la perspectiva temporal del proceso doloroso. En este sentido, se considera que el dolor es agudo si su duración es inferior a 6 meses, y crónico si supera los 6 meses de duración.

Pero al respecto de su causalidad, es conocido que en la experiencia dolorosa existe una interacción dinámica de factores físicos, psicológicos y sociales que hacen que la percepción del dolor y su posterior manifestación se presenten de forma muy diferente.

En esta vivencia individual existen elementos de distinta naturaleza, denominados moduladores del dolor, que modifican la percepción dolorosa. Entre los factores condicionantes básicos descritos por D. Orem en su modelo, cabe destacar la edad, el sexo, el estado de salud, la orientación sociocultural, el patrón de vida y la disponibilidad y adecuación de recursos como elementos determinantes de la presencia y características del dolor.

La valoración del dolor de la persona está incluida en todos los modelos teóricos en enfermería, en este sentido, para D. Orem se incluye en el requisito de autocuidado universal de prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano y para M. Gordon queda incluido en el sexto patrón denominado cognitivo/perceptivo.

Metodología

- Objetivo General: determinar las variables así como las situaciones asistenciales de las etiquetas diagnósticas de dolor, propuestas por NANDA:
 - Dolor agudo.
 - Dolor crónico.
- Objetivos Específicos:
 - Analizar los valores determinantes de cada diagnóstico.
 - Tipificar los factores etiológicos que propician o coadyuvan en cada diagnóstico.
 - Describir las posibles situaciones asistenciales en las que el diagnóstico puede aparecer.
-

- Sujetos de estudio: El estudio se centró en los diagnósticos NANDA relacionados con el dolor: Dolor agudo, Dolor crónico.
- Tiempo de estudio: El grupo de investigación realizó su trabajo desde el 28 de mayo de 2010 al 10 de septiembre de 2010 según las etapas que se describen más adelante.
- Metodología: Se ha seguido la metodología de Adquisición del conocimiento taxonómico, normalizada por FUDEN, que consta de las siguientes fases:

a) Primera fase o de "Extracción del conocimiento":

1. Etapa de recopilación de datos.
2. Etapa de análisis y estandarización.

b) Segunda fase de verificación clínica o de "Educción del conocimiento":

1. Fase de aportación individual de cada uno de los integrantes.
2. Fase de trabajo en equipo, donde se analizarán las aportaciones individuales.
3. Fase de consenso y documentación.

Resultados

Los resultados se presentarán en tres apartados, determinados por los objetivos específicos de la investigación:

- 1) *Valores determinantes diagnóstico:*

Dolor agudo

Diagnóstico	Valores determinantes	
00132 Dolor agudo	00071	Agitación
Situación en la que la persona experimenta una percepción sensorial y emocional desagradable originada por un daño tisular real, potencial o descrito en tales términos, de comienzo repentino o gradual, de intensidad de leve a severa, con un final anticipado o predecible y una duración de menos de 6 meses.	00659	Aumento del estado de alerta. Hipervigilancia sensorial
	00605	Cambios en el apetito y en la ingesta
	00603	Conducta de protección o defensa
	00601	Informes de dolor
	00394	Irritabilidad
	00602	Observación de evidencias de dolor
	00609	Respuestas autónomas (cambios en la TA, FC, respiración,..)
	00604	Trastornos del sueño

Dolor crónico

Diagnóstico	Valores determinantes	
00133 Dolor crónico	00611	Atrofia de los grupos musculares
Situación en la que la persona experimenta una percepción sensorial y emocional desagradable originada por un daño tisular real, potencial o descrito en tales términos, de comienzo repentino o gradual, de intensidad de leve a severa, con un final anticipado o predecible y una duración de mayor de 6 meses.	00510	Depresión
	00181	Dolor prolongado (continuo o intermitente más de 6 meses)
	00079	Fatiga
	00516	Frustración
	00082	Inapetencia, anorexia
	00452	Incapacidad para realizar las tareas habituales
	00072	Insomnio
	00185	Pérdida de peso

- 2) *Factores etiológicos de diagnóstico:*

Dolor agudo

Diagnóstico	Factores etiológicos	
00132 Dolor agudo	00054	Agentes biológicos: efectos negativos
Situación en la que la persona experimenta una percepción sensorial y emocional desagradable originada por un daño tisular real, potencial o descrito en tales términos, de comienzo repentino o gradual, de intensidad de leve a severa, con un final anticipado o predecible y una duración de menos de 6 meses.	00083	Cirugía: efectos no deseados
	00244	Deterioro musculoesquelético: consecuencias
	00056	Fracturas: consecuencias
	00007	Gestación: medidas ineficaces/insuficientes
	00253	Inmovilidad: consecuencias
	00043	Manipulación incorrecta de productos tóxicos, irritantes
	00058	Quemaduras
	00057	Solución de continuidad de piel, membranas o mucosas.
00055	Traumatismo: consecuencias	

Dolor crónico

Diagnóstico	Factores etiológicos	
00133 Dolor crónico	00064	Cáncer: consecuencias
Situación en la que la persona experimenta una percepción sensorial y emocional desagradable originada por un daño tisular real, potencial o descrito en tales términos, de comienzo repentino o gradual, de intensidad de leve a severa, con un final anticipado o predecible y una duración de mayor de 6 meses.	00244	Deterioro musculoesquelético: consecuencias
	00323	Deterioro/lesión neurológica: consecuencias
	00007	Gestación: medidas ineficaces/insuficientes
	00253	Inmovilidad: consecuencias

3) *Situaciones asistenciales de aparición:*

Dolor agudo

Diagnóstico	Problema/Situación/Proceso vital
00132 Dolor agudo	Artropatías
	Cirugía
	Contusiones/traumatismos
	Esguinces
	Fracturas
	Heridas, úlceras, quemaduras, ... en la piel
	Heridas: quirúrgicas
	Inmovilizado/encamado
	Lactante: cólicos
	Síndrome agudo del cuidado respiratorio inefectivo
	Síndrome premenstrual
	Úlceras vasculares
	Úlceras, heridas, quemaduras, ... en la mucosa bucal
	Úlceras, heridas, quemaduras, ... en mucosas

Dolor crónico

Diagnóstico	Problema/Situación/Proceso vital
00133 Dolor crónico	Artropatías
	Cáncer
	Inmovilizado/encamado
	Neuropatías
	Tendinitis

Conclusiones

El conocimiento de los factores que modulan el dolor permitiría un correcto diagnóstico, independiente del criterio temporal del dolor propuesto por NANDA; y por tanto, el adecuado tratamiento de este problema que se sitúa entre los de mayor incidencia como motivo de consulta en atención primaria y de los de mayor prevalencia entre las personas que acuden habitualmente a las consultas de Enfermería Familiar y Comunitaria.

Así mismo, se aborda el dolor agudo y el dolor crónico, pero al respecto de la experiencia dolorosa, no se han desarrollado etiquetas diagnósticas que describan los problemas asociados al manejo del dolor por las personas.

Bibliografía

- Ackley BJ, Ladwing GB. Manual de Diagnósticos de Enfermería. Guía para planificar los cuidados. 7ª ed. Madrid: Elsevier, 2006:
- Alfaro R. Pensamiento crítico y juicio clínico en enfermería. Elsevier. Barcelona. 2008.
- Arribas A, Santamaría JM, Jiménez L. Protocolo de Investigación para la Educación del Conocimiento sobre Taxonomías del Cuidado. Lenguaje del Cuidado 2009; 1 (1):15 - 20
- Arribas AA et al. Valoración enfermera estandarizada. Clasificación de los criterios de valoración de enfermería. Madrid: Observatorio de Metodología Enfermera, FUDEN; 2006.
- Arribas A, Jiménez L, Santamaría JM, Sellán C, Gómez JL, Índice de gravosidad asistencial basado en factores condicionantes básicos. Departamento de Metodología Enfermera, FUDEN, 2008.
- Basora I et al. Los diagnósticos enfermeros: revisión crítica y guía práctica. 8ª ed. Barcelona: Masson, 2008.
- Bulechek GM, Butcher H, McCloskey JC. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2008.
- Carpenito LJ. Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería. 4ª ed. Barcelona: McGraw Hill; 2005.
- Chocarro L, Venturini C. Guía de procedimientos prácticos en Enfermería Médico-Quirúrgica. 1ª ed. Madrid: Elsevier; 2006
- Gordon M. Manual de Diagnósticos Enfermeros. 11ª edición. Madrid: Elsevier; 2007

- Johnson M, McCloskey Dochterman J, Maas ML, Moorhead S, Bulechek GM, Swanson E, Butcher H. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2006
- Koziar B. Fundamentos de enfermería conceptos, procesos y prácticas. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 2005.
- Lewis SM, Heitkemper MM, Dirksen RS. Enfermería Medicoquirúrgica. Valoración y cuidados de problemas clínicos. Madrid: Elsevier; 2004.
- Luis MT. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificaciones 2007-2008. Elsevier. Madrid 2008
- Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 6ªed. Madrid: Elsevier; 2006.
- Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2008.
- NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007–2008. Madrid: Elsevier; 2008:
- Orem DE. Modelo de Orem: Conceptos de Enfermería en la práctica. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas; 1993.
- Real Academia Española [sede Web]; acceso 9 de octubre de 2010. Disponible en: <http://www.rae.es>
- Santamaría García et al. Apuntes sobre el cuidado: por qué es y cómo es. Madrid: Observatorio de Metodología Enfermera, FUDEN; 2008.
- Santamaría García JM. Investigación deductiva, representación lógica e implementación computacional sobre las limitaciones de acción del Autocuidado según el modelo de Dorothea Orem. Tesis. Alcalá de Henares (Madrid): Universidad de Alcalá; 2008.
- Suzanne Kérouac et al., El pensamiento enfermero., Masson, 1995.
- Torres LM. Medicina del Dolor. Barcelona: Masson; 1997.
- Ugalde Apalategui M. Traducción, revisión y comentarios a Diagnósticos de Enfermería NANDA. 1ª edición. Barcelona: Masson; 1995.

F U D E N
FUNDACIÓN PARA EL DESARROLLO DE LA ENFERMERÍA

Lenguaje del
Cuidado

OBSERVATORIO
Metodología Enfermera

Recomienda la lectura de

ene

<http://enfermeros.org/revista>



xiomas del Cuidado

Cuando se afirmó que "el cuidado evoluciona" (1) en el número seis de esta revista, pudo pasar desapercibido el hecho argumental de que, para que algo evolucione, es necesario considerar la idea de tiempo.

Tanto es así que en la expresión formal de esta afirmación...

$$C^v \circ \dot{a} C^t_{(c,c)} \circ C^{t1}_{(c,c)}, C^{t2}_{(c,c)}, \dots, C^{tn}_{(c,c)}$$

...ya se apuntaba esta correlación necesaria mediante t : el tiempo.

Pero que es t .

Terminológicamente (2) se acepta que sea la "duración de las cosas sujetas a mudanza", como es el caso del cuidado.

Pero para la investigación quizá sea más conveniente considerarla como (2) una "magnitud física que permite ordenar la secuencia de los sucesos, estableciendo un pasado, un presente y un futuro".

Bajo el concepto de magnitud física reside la idea (2) de propiedad que puede ser media. Ahondando aun más se puede afirmar que el caso de t se trata del caso de una magnitud escalar es decir aquellas que quedan perfectamente definidas por un "número" y por la "unidad" empleada para su medida (es trivial indicar que para t "su unidad en el Sistema Internacional es el segundo" (2)).

Así pues, en el camino de definir el cuidado a través de las cualidades y características que lo conforman (lo que el cuidado es), hay que considerar la necesidad

de explicitar aquellas magnitudes que son intrínsecamente propias del objeto o sistema físico estudiado: lo que el sistema es..

Por ello se afirmó que el cuidado es energía, como ahora se afirma que el cuidado es tiempo...

$c \circ t$

...como habrá que ir desentrañando el conjunto de magnitudes (escalares, vectoriales o de cualquier índole) que le son esenciales.

Quizá sea así como deba construirse el verdadero metaparadigma del cuidado...

axiomas del Cuidado

(publicados)

- "el cuidado (c) forma parte de la realidad" Lenguaje del cuidado 2009; 1(1)
- "el cuidado innato (ci) es real" Lenguaje del cuidado 2009; 1(2)
- "el cuidado instintivo (cin) es real" Lenguaje del cuidado 2009; 1(3)
- "el anticuidado (c-) forma parte de la realidad" Lenguaje del cuidado 2009; 1(4)
- "el no cuidado (cÇc-) existe" Lenguaje del cuidado 2010; 2(5)
- "el cuidado evoluciona ($Cv \circ \dot{a} C^t_{(c,c)}$)" Lenguaje del cuidado 2010; 2(6)
- "el cuidado es energía ($c \circ E$)" Lenguaje del cuidado 2010; 2(7)

Dr. Santamaría García y Dra. Jiménez Rodríguez

Cita de artículo

Santamaría García JM, Jiménez Rodríguez L. Axiomas del cuidado: El cuidado es tiempo. Lenguaje del cuidado 2010; 2(8): 42-43

(1) Santamaría García JM, Jiménez Rodríguez L. Axiomas del cuidado: El cuidado es energía. Lenguaje del cuidado 2010; 2(6)

(5) Real Academia Española. <http://www.rae.es/rae.html>. 2011

Clasificación de los Factores Etiológicos

DIAGNÓSTICOS
ENFERMEROS ESTANDARIZADOS
CLASIFICACIÓN DE LOS FACTORES
ETIOLÓGICOS
PROYECTO GENES

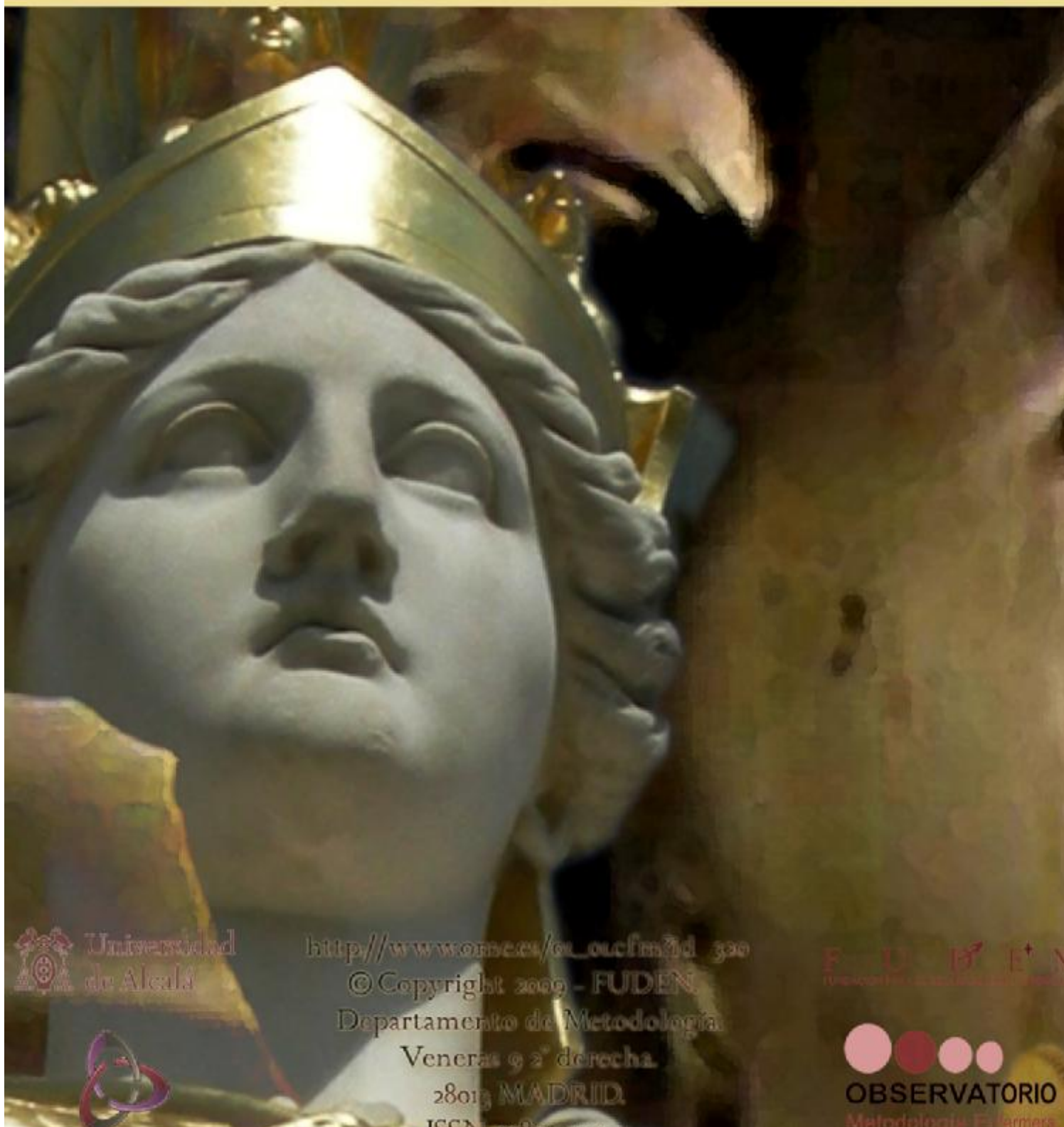
F U D E N
FUNDACIÓN PARA EL DESARROLLO DE LA ENFERMERÍA

OBSERVATORIO
Metodología Enfermera

El Departamento de Metodología de FUDEN presenta esta obra enmarcada en el proyecto CENES (Conocimiento Enfermero Estandarizado) que, adelantándose a lo propuesto por otras taxonomías, clasifica y ordena el conjunto de riesgos y causas, descritas en la bibliografía y avaladas por clínicos, que motivan los diagnósticos del cuidado y sobre los que se fundamenta su tratamiento.

F U D E N
FUNDACIÓN PARA EL DESARROLLO DE LA ENFERMERÍA

OBSERVATORIO
Metodología Enfermera



 Universidad
de Alcalá

http://www.uam.es/~cc_oucfm3d_330

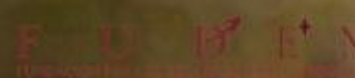
© Copyright 2009 - FUDEN

Departamento de Metodología

Veneras 9 2ª derecha

28013 MADRID

ISSN 1696-4615

 FUDEN
Investigación y Docencia



OBSERVATORIO
Metodología Enlaces