



Información científica ENP

European Nursing care Pathways
Versión 2.9

Autores:

Dr. Pia Wieteck
Sebastian Kraus (MSc)
Dr. Holger Mosebach
Dr. Monika Linhart
Simon Berger (MScN, BScN)

Diciembre 2014

Contenido

Introducción	2
1. La estructura de ENP	3
1.1 La clasificación enfermera ENP – parte A.....	4
1.2 Precombinaciones de conceptos de la clasificación enfermera ENP – parte B	10
1.3 Las directrices prácticas en ENP – parte C	15
1.4 El desarrollo y perfeccionamiento de ENP	17
1.5 El uso de ENP	24
1.6 Los enlaces de ENP con otros instrumentos	24
1.7 La difusión de ENP	25
2. Modificaciones entre las versiones	25
2.1 Versiones ENP 2.0 (Wieteck, 2004c) hasta 2.4	26
2.2 Versión ENP 2.4 a 2.5 (2008/2009).....	26
2.3 Versión ENP 2.5 a 2.6 (2009 hasta mayo 2011).....	27
2.4 Versión ENP 2.6 a 2.7 (mayo 2011 hasta agosto 2012)	29
2.5 Versiones ENP 2.7 hasta 2.9 (agosto 2012 hasta agosto 2014)	30
3. El grado de evidencia de los diagnósticos y directrices prácticas ENP	38
4. Definiciones de las nociones de clases ENP	41
4.1 Definición de los diagnósticos enfermeros ENP.....	41
4.2 Definición: Características ENP	44
4.3 Definición: Etiologías ENP.....	45
4.4 Definición: Recursos	46
4.5 Definición: Objetivos enfermeros ENP	47
4.6 Definición: Intervenciones enfermeras ENP.....	50
4.7 Valores temporales normativos en ENP	51
5. Calidad de las directrices prácticas ENP	52
6. Observaciones críticas	54
Bibliografía	56
Contacto:	59

Información científica

Introducción

La clasificación enfermera ENP (European Nursing care Pathways) fue desarrollada para permitir la ilustración del proceso enfermero en un lenguaje unitario y estandarizado en el marco de una documentación enfermera. Con ello, ENP apoya como instrumento los objetivos centrales de un lenguaje enfermero: la mejora de la comunicación de los profesionales en la sanidad, el apoyo a

los procesos (p. ej. la transición de una institución a otra), la transparencia de las prestaciones de cuidados. La estructura de ENP debe apoyar a los cuidadores durante la toma de decisiones en el proceso enfermero mediante la presentación del conocimiento científico actual. Además, el uso de formulaciones estandarizadas en la documentación del proceso enfermero genera datos que sirven para la formación/comprobación de hipótesis en la investigación enfermera y en los procesos de control en la gestión enfermera así como en la gestión del riesgo. ENP está disponible en versión impresa, como base de datos o integrado en productos de software. La disponibilidad de la terminología en varios idiomas (alemán, inglés, francés, italiano y español) en forma de base de datos permite utilizar ENP incluso en equipos multilingües.

ENP comprende tres partes:

- A) ENP... como sistema de clasificación enfermera con un total de siete grupos conceptuales (cf. capítulo 1.1)
- B) ENP... como precombinación de los elementos de ese sistema clasificatorio (cf. capítulo 1.2)
- C) ENP... como directrices prácticas desarrolladas a base de la precombinación y clasificación enfermera (cf. capítulo 1.3), ofreciendo ayuda profesional a los cuidadores en la práctica para representar el proceso enfermero con ayuda de formulaciones estándar, como p. ej. diagnósticos enfermeros, características, etiologías, recursos, objetivos e intervenciones enfermeras.

Favor de citar de la siguiente manera: Berger, Wieteck, Kraus, Mosebach & Linhart (2014). Traducción: Christine Rabl. Información científica ENP (European Nursing care Pathways), versión 2.9. Baar-Ebenhausen, RECOM GmbH. Disponible en línea en:
<http://www.recom.eu/wissen/enp-entwicklung/einleitung.html>

1. La estructura de ENP

A continuación se describen las tres partes de ENP y se ilustra su estructura en gráficos. La **parte A** del gráfico muestra el **sistema de clasificación enfermera ENP**. La **parte B** explica el modo en que se forman las **precombinaciones** a base de los elementos del sistema clasificatorio que dan como resultado p. ej. los diagnósticos enfermeros y conceptos de intervención. La **parte C** ilustra la transformación de un diagnóstico enfermero en una directriz práctica enfermera mediante vinculación con características, etiologías, recursos, objetivos enfermeros y conceptos de intervención enfermera. Actualmente están definidas **552** directrices prácticas relativas a diagnósticos enfermeros (**versión 2.9**). El siguiente texto explica el ordenamiento de ENP como clasificación enfermera y directriz práctica relativa a diagnósticos enfermeros. El gráfico general ilustra la relación entre las tres partes.

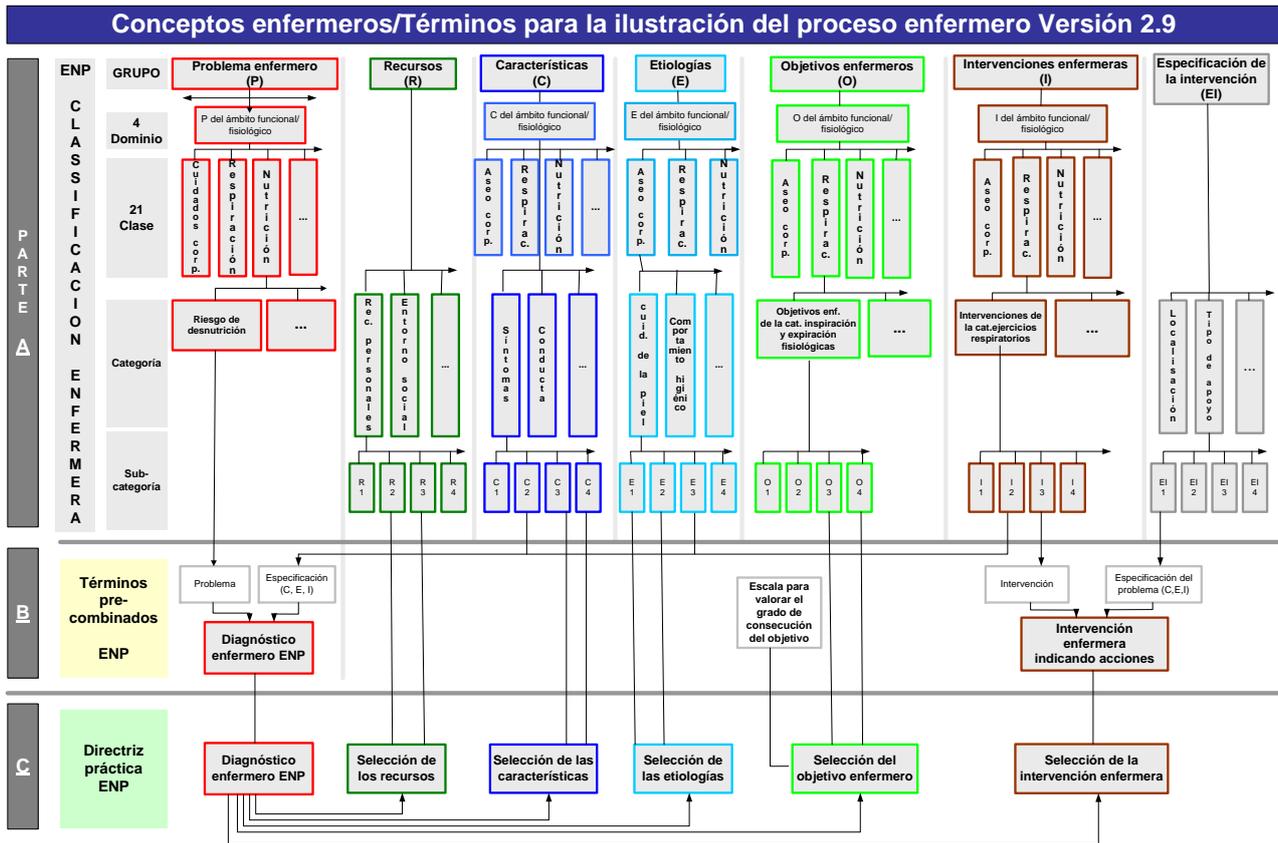


Ilustración 1: Estructura jerárquica del sistema de clasificación ENP con sus partes A, B y C

1.1 La clasificación enfermera ENP – parte A

Para facilitar la comprensión realizaremos en este punto un breve repaso a los principios teóricos del ordenamiento. En general, una clasificación es un sistema de orden que se basa en el principio de la formación de clases. Una clasificación es un listado de conceptos que por lo general presenta una estructura jerárquica. El concepto de mayor importancia, superior en la clasificación, se denomina normalmente concepto general y representa el concepto global. En ENP el concepto general es "**Conceptos/términos enfermeros para la ilustración del proceso enfermero**". La cadena de conceptos, representada por líneas de conexión, establece las relaciones entre los conceptos superiores e inferiores. Dentro de las diferentes clases, el sistema clasificatorio también está estructurado de forma jerárquica. Abarca los elementos: grupo → dominio → clase → categoría → subcategoría.

Por ejemplo, el **grupo de los problemas enfermeros** se subdivide en **cuatro dominios** (problemas enfermeros en el ámbito funcional/fisiológico, problemas enfermeros en el ámbito emocional/psicosocial, problemas enfermeros con riesgos pluridimensionales y problemas enfermeros relativos al entorno). El dominio "Diagnósticos en el ámbito funcional/fisiológico", por su parte, está dividido en **11 clases** que comprenden **67 categorías**. La tabla siguiente representa los dominios, las clases y las categorías de los problemas enfermeros ENP. La división del contenido de los dominios y clases es idéntica en los tres grupos diagnósticos, objetivos e intervenciones enfermeras.

Dominio	Clase	Categoría
<p>Ámbito funcional/fisiológico</p> <p><i>El dominio abarca todas las directrices prácticas ENP relativas a restricciones y/o pérdida de las competencias de autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas y/o riesgos para la salud debido a alteraciones de las funciones y estructuras corporales.</i></p>	<p>Aseo personal/vestirse Capacidad de cuidar y lavar su cuerpo y de escoger ropa adecuada y vestirse.</p>	<p>Déficit de autocuidado Lavado del cuerpo¹</p> <p>Déficit de autocuidado Cuidado de la boca</p> <p>Déficit de autocuidado Cuidado de las uñas, las orejas, los ojos y la nariz</p> <p>Déficit de autocuidado Cuidados del pelo</p> <p>Déficit de autocuidado Vestirse</p>
	<p>Respiración Comprende las funciones respiratorias de la ventilación (inspiración y espiración, función de la musculatura respiratoria), del intercambio gaseoso entre el aire y la sangre, así como las funciones de autolimpieza de las vías respiratorias.</p>	<p>Función de autolimpieza reducida de las vías respiratorias</p> <p>Respiración insuficiente</p> <p>Riesgo de insuficiencia respiratoria</p> <p>Riesgo de asfixia</p> <p>Riesgo de aspiración</p> <p>Riesgo de la formación de atelectasia/neumonía</p> <p>Riesgo de alteración de la respiración postoperatoria</p>
	<p>Alimentación Comprende las actividades, capacidades, condiciones y funciones de los seres humanos para alimentarse con el fin de crecimiento, conservación y regeneración del tejido y de la producción de energía.</p>	<p>Alteración de la ingestión de comida</p> <p>Alteración de la deglución</p> <p>Desnutrición</p> <p>Riesgo de desnutrición</p> <p>Alteración del comportamiento alimentario</p> <p>Déficit hídrico/alteración del equilibrio electrolítico</p> <p>Riesgo de alteración del equilibrio hídrico y electrolítico</p> <p>Riesgo de alteración de la lactancia</p> <p>Alteración de la lactancia</p> <p>Riesgo de complicaciones debido a la alimentación</p>
	<p>Excreción Comprende las actividades, capacidades y funciones relacionadas a la eliminación de orina (filtración, recolección y eliminación de la orina) y de heces (eliminación de fibras y alimentos no digeridos del intestino, comprendida la función de la prensa abdominal).</p>	<p>Déficit de autocuidado Micción/Defecación</p> <p>Alteración de la eliminación urinaria</p> <p>Incontinencia urinaria</p> <p>Alteración de la eliminación fecal</p> <p>Déficit de autocuidado Cuidado del estoma</p> <p>Alteración del cuidado del estoma</p> <p>Riesgo de íleo paralítico</p> <p>Riesgo de retención urinaria/insuficiencia renal</p> <p>Riesgo de infección de los órganos de excreción</p>
	<p>Sistema cardiovascular Comprende las actividades y funciones asegurando el riego sanguíneo del cuerpo con volumen y presión adecuados y necesarios. Estas incluyen la función de bomba del corazón, las funciones vasculares para el transporte de la sangre a través del cuerpo así como las funciones de mantenimiento de la presión arterial.</p>	<p>Alteración de la función cardiovascular</p> <p>Riesgo de alteración de la función cardiovascular</p> <p>Riesgo de trombosis</p> <p>Riesgo de embolia pulmonar</p> <p>Riesgo de hemorragia</p> <p>Riesgo de reacción alérgica/de choque anafiláctico</p>
	<p>Movimiento/movilidad Comprende las actividades y funciones de movimiento permitiendo el cambio de la posición del cuerpo o traslado de</p>	<p>Alteración del movimiento</p> <p>Alteración de la marcha</p> <p>Alteración del transcurso/patrón de movimiento</p> <p>Riesgo de caída</p>

¹ El déficit de autocuidado Lavado del cuerpo se define como sigue: Disminución o ausencia de la capacidad de lavar el cuerpo entero o partes del cuerpo en el lavabo u otro puesto de lavado (ICF [d510] washing oneself, ICNP [10020935] washing). Cada categoría se define y forma parte de los diagnósticos enfermeros ENP.

	un lugar a otro, también forman parte de esa clase distintas formas de locomoción como andar, correr etc.	Riesgo de contractura
		Riesgo de espasticidad
		Riesgo de parálisis
		Riesgo de alteración de la movilidad
	Relajar/dormir/descansar Comprende las actividades y funciones mentales manifestándose en una desvinculación periódica, reversible y selectiva, física y mental del entorno inmediato, dejando el cuerpo en un estado de reposo y disminuyendo las funciones corporales.	Riesgo de déficit de sueño
		Alteración del sueño
		Alteración de la relajación
	Integridad del tejido Comprende las actividades, conductas y funciones (posiblemente) influyendo en la integridad del cuerpo y/o de los órganos.	Riesgo de puntos de presión
		Riesgo de daño a la piel
		Riesgo de daño a la mucosa/piel
		Alteración de la mucosa bucal
		Riesgo de daño a la córnea
		Riesgo de alteración de la cicatrización
		Alteración de la cicatrización
		Riesgo de dislocación/luxación
Riesgo de lesión		
Riesgo de hinchazón/formación de edema		
Metabolismo Comprende las funciones de regulación de los componentes nutricionales necesarios como los hidratos de carbono, proteínas y grasas, su transformación en energía y los demás procesos transformadores en el organismo. Estas incluyen p. ej. el metabolismo glucémico y las funciones del equilibrio hormonal de la hipófisis, de la glándula tiroidea, de la glándula suprarrenal etc.	Riesgo de daño al tejido	
	Riesgo de infección/propagación de gérmenes	
	Riesgo de hipo/hiperglucemia	
Reproducción Comprende todas las funciones y actividades relacionadas a la fertilidad, el embarazo, el parto y la lactancia.	Riesgo de desequilibrio metabólico	
	Desequilibrio metabólico	
	Riesgo de alteración de la salud para madre y niño	
Temperatura corporal Comprende las funciones y actividades relacionadas a la regulación de la temperatura corporal.	Riesgo de embarazo no deseado	
	Alteración de la vida sexual	
Ámbito emocional/psicosocial <i>El dominio abarca todas las directrices prácticas ENP perjudicando el desarrollo personal, la participación y/o la salud emocional y social debido a alteraciones (p. ej. físicas, debidas al entorno), conductas u otras condiciones.</i>	Riesgo de hiper/hipotermia	
	Sensaciones Comprende todos los procesos neurofisiológicos y neuropsicológicos provocados por estímulos como fase previa a la percepción. Las sensaciones pueden referirse a dolores o sentimientos psíquicos como aburrimiento, cansancio etc.	Dolores
		Ansiedad
		Alteración de la sensación
		Alteración del bienestar
		Sentimiento de aburrimiento
		Sufrimiento personal
		Cansancio
		Riesgo de cansancio
		Pudor

	Percepciones Comprende todos los procesos y funciones relacionadas a las funciones mentales específicas del reconocimiento y de la interpretación de estímulos sensoriales (auditivos, visuales, gustativos, olfativos, táctiles).	Alteración de la orientación
		Alteración del esquema/de la imagen corporal
		Alteración del concepto/de la imagen de sí mismo
		Riesgo de trastorno de la consciencia
		Alteración de la percepción
	Interacción Comprende todas las actuaciones recíprocas, mutuas de dos o más personas, por lo general mediante todo tipo de comunicación.	Alteración de la conciencia
		Riesgo de comunicación inadecuada/ineficaz
		Alteración de la comunicación
		Riesgo de alteración de la interacción
		Alteración de la interacción
	Actuación/comportamiento Comprende todas las actividades y reacciones físicas de los seres humanos que se pueden observar y/o medir. La totalidad de las actuaciones observables son conductas representando manifestaciones observables de una persona hacia su entorno.	Alteración de la relación
		Riesgo de necesidades insatisfechas
		Alteración de la adaptación
		Alteración del comportamiento
		Alteración de la estrategia de resolución de problemas/superación
		Comportamiento de riesgo para la salud
		Riesgo de auto/heteropuesta en peligro
		Comportamiento poniendo en peligro a sí mismo/otro
		Conducta autolesiva
		Riesgo de terapia ineficaz
		Riesgo de no lograr los objetivos relativos a la salud
		Riesgo de suicidio
	Actividad/organización de la vida cotidiana/participación Comprende todas las actuaciones/actividades relacionadas a la implicación de una persona en una situación de vida enfocada en la realización de los deberes de un día estructurado, p. ej. recreación, quehaceres de la casa etc., y/o a la integración/participación social y la perspectiva correspondiente.	Riesgo de fuga
		Riesgo de déficit de autocuidado
		Alteración del autocuidado
		Alteración de la organización del día/de la vida
		Alteración de la realización de actividades
		Alteración de la recreación
		Déficit de autocuidado Economía doméstica
		Déficit de cuidados de dependencia
Riesgo de déficit de cuidados de dependencia		
Desarrollos personales Comprende todas las actividades, condiciones y funciones para hacerse una imagen realista del mundo y de sí mismo para ser capaz de actuar y decidir en su propio interés.	Alteración de la capacidad cognitiva	
	Alteración de la capacidad de decisión	
	Alteración del desarrollo	
	Riesgo de alteración del desarrollo	
	Alteración de la perspectiva para el futuro	
	Alteración de las costumbres	
	Alteración de la calidad de vida	
	Alteración de la fase de muerte	
Alteración de la autoestima		
Conocimiento Comprende todas las capacidades y actividades para obtener y utilizar información y conocimiento y aplicarlo para promover, conservar y restablecer la salud.	Falta de información/capacidades	
	Alteración del tratamiento de información	
Sociedad Comprende las actividades, actuaciones e ideas relacionadas a normas sociales como religión,	Riesgo de exclusión social	
	Riesgo de aislamiento social	
	Riesgo de ruina financiera/social	
	Riesgo de exclusión profesional	

	roles, fe o sistemas de valores que influyen sobre las posibilidades de elección y decisiones.	Conflicto de normas Conflicto de roles Alteración del ejercicio de religión/fe Déficit de autocuidado
Riesgos pluridimensionales <i>El dominio abarca las directrices prácticas ENP que, debido a terapias/tratamientos, alteraciones (p. ej. físicas, debidas al entorno) y/u otras condiciones, llevan a riesgos tocando tanto el ámbito funcional/psicológico como el ámbito emocional/psicosocial y por tanto no se pueden encasillar claramente en una clase determinada.</i>	Riesgos para la salud (no especificados) Comprende todas las actividades, tratamientos, terapias y alteraciones (físicas) relacionadas a un potencial de peligro para la propia salud.	Riesgo de muerte súbita del lactante Riesgo de complicaciones: Tratamiento/terapia Riesgo de complicaciones: Enfermedad primaria/lesión Riesgo de complicaciones: Postoperatorio Riesgo de complicaciones: Alteraciones patológicas Riesgo de complicaciones: Alteración de la percepción Riesgo de complicaciones: Deshidratación Riesgo de complicaciones: Regulación térmica Riesgos para la salud
Problemas enfermeros relativos al entorno <i>El dominio abarca todas las directrices prácticas de ENP no relacionadas al destinatario de los cuidados pero a riesgos para su entorno societal y/o social.</i>	Riesgo de perjuicio a la salud para el entorno Comprende todas las alteraciones físicas que representan un potencial de peligro de la persona afectada para su entorno.	Riesgo de contagio
N = 4	N = 21	N = 136

Tabla 1: Grupo de los problemas enfermeros divididos en sus dominios, clases y categorías

En el año 2006 (versión 2.3) se dividieron las nociones/los conceptos precombinados de los diagnósticos enfermeros ENP en sus componentes *problema enfermero* y *especificación*, creándose una **estructura monojerárquica**² mediante la formación de clusters. Esa reestructuración permite la evaluación de los datos a diferentes niveles de agregación. La formación de clusters de los problemas enfermeros se realizó en varias fases de trabajo mediante análisis de los conceptos enfermeros inherentes. Los procesos de jerarquización fueron guiados conceptualmente, siguiendo reglas predeterminadas a base de trabajos fundamentales definitorios relacionados a los dominios, clases etc.

En los años 2007-2008 se produjo la descomposición y la formación de clusters de los objetivos enfermeros y de las intervenciones ENP. Se trata otra vez de estructuras monojerárquicas. En el nivel de los dominios y las clases, los objetivos y las intervenciones enfermeras están ordenadas tanto de forma jerárquica como temática con la misma estructura que los problemas enfermeros. En el nivel de las categorías se encuentran objetivos enfermeros y conceptos de intervención enfermera, formulados de manera abstracta.

La estructura de los dominios y clases está armonizada en los tres grupos *diagnósticos*, *objetivos* e *intervenciones enfermeras* en cuanto al contenido. Un ejemplo: categoría de problemas enfermeros "déficit de autocuidado lavado del cuerpo", la categoría correspondiente del objetivo enfermero es "capacidad de autocuidado existente lavado del cuerpo" y en el nivel de las intervenciones enfermeras la categoría es "intervenciones en el marco del lavado del cuerpo". Las características y etiologías tienen su propia estructura jerárquica. Los términos/conceptos en ENP

² Los sistemas de orden monojerárquico son "estrictamente" jerárquicos, o sea una noción no se puede subordinar a más de un concepto general. Por lo general, un área temática se clasifica de lo general a lo particular, añadiendo a cada nivel de jerarquía un rasgo diferencial.

tienen un orden **monojerárquico**. Los trabajos de jerarquización de ENP empezaron en 2006 (versión 2.3) con los problemas enfermeros. Desde entonces se habla de una clasificación enfermera ENP. Un ejemplo de la versión actual ENP 2.9:

Diagnósticos enfermeros (n=552)

Dominio: **Ámbito funcional/fisiológico**

Clase: Aseo personal/vestirse

Categoría: Déficit de autocuidado Lavado del cuerpo

Diagnósticos enfermos...

Categoría: Déficit de autocuidado Cuidado de la boca

Diagnósticos enfermeros...

Objetivos enfermeros (n=1852)

Dominio: **Ámbito funcional/fisiológico**

Clase: Aseo personal/vestirse

Categoría: Capacidad de autocuidado existente Lavado del cuerpo

Objetivos enfermeros

Categoría: Capacidad de autocuidado existente Cuidado de la boca

Objetivos enfermeros

Intervenciones enfermeras (n=2615)

Dominio: **Ámbito funcional/fisiológico**

Clase: Aseo personal/vestirse

Categoría: Intervenciones enfermeras para el lavado del cuerpo

Intervenciones enfermeras

Categoría: Intervenciones enfermeras para el cuidado bucal

Intervenciones enfermeras

Características (n=3984)

Dominio: **Ámbito funcional/fisiológico**

Clase: Aseo personal/vestirse

Categoría: Respecto a la higiene dental

Características

Etiologías (n=3526)

Dominio: **Ámbito funcional/fisiológico**

Clase: Aseo personal/vestirse

Categoría: Conducta de higiene

Etiologías

Recursos (n=648)

Dominio: **Ámbito funcional/fisiológico**

Categoría: Capacidades físicas

Recurso

Las jerarquizaciones desarrolladas son relevantes para el perfeccionamiento de ENP y para las evaluaciones de datos; para el usuario final así como en la publicación del libro quedan invisibles, pues la utilidad de ENP en la práctica enfermera se ve en la estructura horizontal (il. 1 parte C).

En la tabla 2 se puede observar el número actual de ítems de cada grupo de ENP. Cada ítem existe una sola vez en el sistema pero, con excepción de los diagnósticos enfermeros, puede ser enlazado varias veces. Dentro de los dominios, clases y categorías, cada elemento de un grupo tiene un solo enlace hacia el nivel inmediato superior. Cada ítem tiene un número ID inequívoco que no varía de una versión a otra. En ENP nunca se eliminan ítems, sólo se retiran de servicio. De ese modo se asegura que los planes enfermeros antiguos siempre se podrán leer, aun cuando algunas formulaciones no sigan siendo válidas.

Términos/conceptos del grupo	Cantidad 2.5	Cantidad 2.6	Cantidad 2.7	Actual 2.9
Diagnósticos enfermeros	521	542	548	552
Características	2230	2719	2905	3984
Etiologías	1799	2282	2426	3526
Recursos	379	457	473	648
Objetivos enfermeros	1435	1683	1724	1852
Intervenciones enfermeras	2494	2511	2558	2615
Especificaciones de intervención	3652	4285	4461	4797

Tabla 2: Número de ítems en los grupos ENP

Dominio	Clase				Categoría				Diagnósticos ENP precombinados			
	2.5	2.6	2.7	2.9	2.5	2.6	2.7	2.9	2.5	2.6	2.7	2.9
Problemas enfermeros en el ámbito funcional/fisiológico	11	11	11	11	66	67	67	67	259	275	279	278
Problemas enfermeros en el ámbito emocional/psicosocial	8	8	8	8	55	58	59	59	202	210	212	221
Problemas enfermeros conteniendo riesgos pluridimensionales	1	1	1	1	2	8	9	9	59	54	54	50
Problemas enfermeros relativos al entorno	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3
Suma: 4	21	21	21	21	124	134	136	136	521	542	547	552

Tabla 3: Número de elementos del grupo "Problemas enfermeros ENP" versión 2.5 (abril 2009) frente a la versión 2.6 (mayo 2011) frente a la versión 2.7 (mayo 2012) y la versión 2.9 (mayo 2014)

1.2 Precombinaciones de conceptos de la clasificación enfermera ENP – parte B

ENP precombina los elementos de la clasificación enfermera, es decir la combinación de determinados conceptos y elementos se considera en su conjunto como descriptor. Los diagnósticos enfermeros p. ej. se componen de un problema enfermero (concepto del nivel de categoría del grupo problemas enfermeros) y de una especificación (conceptos del grupo de las características, etiologías o intervenciones enfermeras). Además de los diagnósticos enfermeros, las intervenciones enfermeras en ENP también son precombinadas. Para facilitar la comprensión, los siguientes capítulos ilustran el procedimiento y la estructura de la precombinación con algunos ejemplos.

1.2.1 Diagnósticos enfermeros ENP precombinados

Un diagnóstico enfermero ENP resulta de la combinación de un problema enfermero de la estructura monojerárquica de la parte A con una especificación en forma de una etiología o una característica del problema/fenómeno enfermero correspondiente.

Ejemplo 1 – Grupo problema enfermero:

Dominio: Problemas enfermeros en el ámbito funcional/fisiológico

Clase: Aseo personal/vestirse

Categoría: Déficit de autocuidado Vestirse

Problema enfermero: **Alteración del vestirse/desvestirse**

El diagnóstico enfermero ENP precombinado "El paciente presenta dificultades para vestirse/desvestirse debido a un trastorno de la planificación y ejecución de actuaciones/movimientos" comprende, por un lado, el problema enfermero "dificultades para vestirse/desvestirse" y, por el otro, la etiología "trastorno de la planificación y ejecución de actuaciones/movimientos". El diagnóstico enfermero mostrado como ejemplo corresponde a la categoría "déficit de autocuidado vestirse".

Ejemplo 2: "El paciente presenta un riesgo de una atelectasia/neumonía debido a una disminución de la ventilación pulmonar (ditelectasia)"

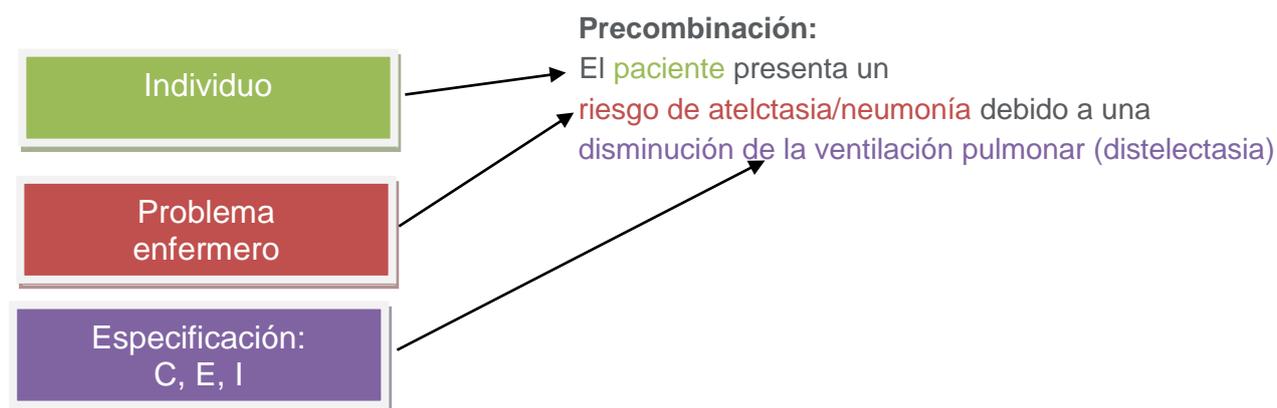


Figura 2: Precombinación de un diagnóstico enfermero ENP

Ambos ejemplos ilustran la composición precombinatoria del diagnóstico enfermero ENP a partir de los conceptos de la clasificación enfermera.

En la versión 2.9, cada diagnóstico enfermero ENP actualizado ha sido dotado de una definición para asegurar una aplicación inequívoca. Esta se ha desarrollado en apoyo y promoción de una comprensión homogénea, tanto para fines didácticos como para profesionales que no conocen los conceptos diagnósticos. Por lo general, la granulación de los diagnósticos enfermeros ENP – es decir su grado de detallamiento, exactitud y expresividad – hace prescindibles las definiciones en la aplicación cotidiana por cuidadores profesionales, dado que las formulaciones son bastante claras y dejan poco margen de interpretación. El ejemplo a continuación ilustra la estructura de una definición de un diagnóstico enfermero ENP.

00022 El residente-- es incapaz de **organizar autónomamente el lavado del cuerpo** debido a una **desorientación**

Definición:

Disminución o ausencia de la capacidad de lavar el cuerpo entero o partes del cuerpo en el lavabo u otro puesto de lavado debido a una alteración de la función de autopercepción (imprescindible para orientarse en el tiempo, en el espacio, en la situación y/o en cuanto a su propia persona).

(ICF [d510] washing oneself, ICNP [10020935] washing, ICF b114 Orientation functions, ICNP Orientation [10013810] und Disorientation [10001235])

Resalta que la definición hace referencia a ambos conceptos "ser incapaz de organizar el lavado del cuerpo" y "desorientación". Se trata de describir y/o explicar los elementos centrales de un diagnóstico enfermero ENP mediante una determinación exacta de los conceptos utilizados. La elaboración de las definiciones toma en cuenta los sistemas clasificatorios existentes y otras fuentes centrales y pertinentes como p. ej. análisis conceptuales. La literatura consultada se indica sistemáticamente.

Si un diagnóstico enfermero ENP ya implica una especificación en forma de una etiología o de una característica, tanto las etiologías o factores influyentes como las características sugeridas son relacionados a ambos componentes del diagnóstico enfermero. Un ejemplo para facilitar la comprensión:

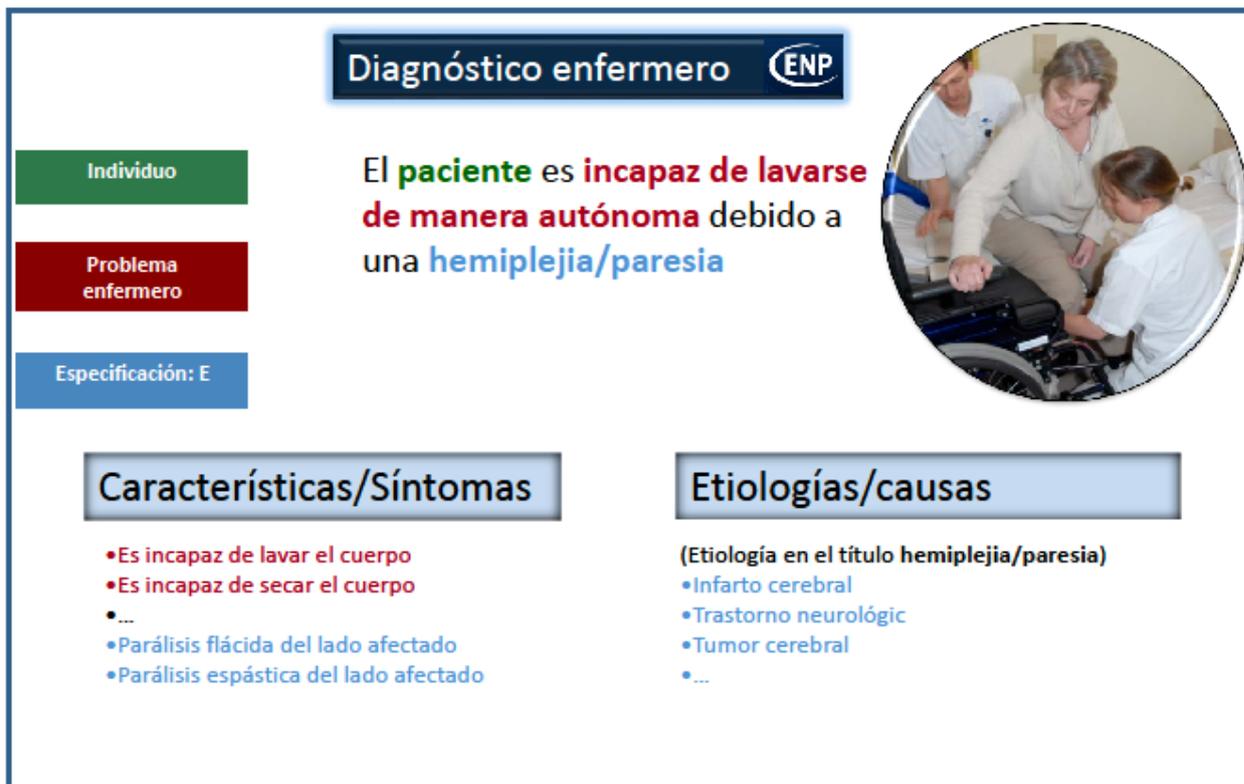


Figura 3: Puntos de referencia de las características y etiologías en ENP

Los diagnósticos enfermeros en los que resulta útil mostrar el grado de limitación en el plano de la característica son dotados de una escala de Likert, especificando los niveles de limitación y dependencia.

Un ejemplo:

El residente presenta una **alteración de la capacidad de transferencia**

Características:

- Alteración de la capacidad de transferencia de la cama a la silla (de ruedas, butaca)
- Alteración de la capacidad de transferencia de la silla (de ruedas, butaca) a la cama
- Alteración de la capacidad de transferencia de la silla de ruedas al servicio
- ...

Y:

Grado de limitación de la transferencia

Nivel 1: Transferencia autónoma con medios auxiliares

Nivel 2: Limitación escasa de la transferencia

Nivel 3: Limitación considerable de la transferencia

Nivel 4: Limitación grave de la transferencia

Nivel 5: Pérdida de la capacidad de transferencia

Gracias a la añadidura de los grados de gravedad escalados en los diagnósticos enfermeros ENP relacionados a déficits de autocuidado será posible exportar, a base de la documentación de los

procesos, la sistemática alemana recién elaborada para clasificar el grado de dependencia (Wingenfeld, Büscher, Gansweid, IPW Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, & MDK WL Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe, 2008).

1.2.2 Intervenciones enfermeras ENP precombinadas

Para el grupo de intervenciones enfermeras también se forman precombinaciones. A diferencia de los diagnósticos enfermeros ENP, en este caso la precombinación consta de diferentes elementos del grupo de intervenciones enfermeras y del grupo de especificaciones de intervención. Se atribuyen especificaciones de intervenciones para las intervenciones de cuidado. Estas pueden contener otros datos, p. ej. con relación a la frecuencia, el grado de apoyo de la persona afectada en la realización de la intervención enfermera, el número de cuidadores necesarios, los medios auxiliares o productos necesarios, la localización a la que se refiere la intervención, indicaciones temporales, etc.

Los niveles de los diagnósticos enfermeros precombinados y de las intervenciones enfermeras se forman a partir del sistema de clasificación enfermera ENP. Estos diagnósticos enfermeros precombinados y las intervenciones enfermeras son las formulaciones que los cuidadores utilizan para documentar el proceso enfermero. La delimitación entre los elementos de clasificación enfermera de ENP y los elementos precombinatorios se representa mediante la línea gris en la ilustración 1, mientras las relaciones se representan mediante las líneas de unión.

A continuación se explica el modo en que se atribuyen especificaciones de intervenciones que indican una actuación a los conceptos de intervención enfermera.

Ejemplo del grupo intervenciones enfermeras:

Dominio: Intervenciones enfermeras en el ámbito funcional/fisiológico

Clase: Aseo personal/vestirse

Categoría: Efectuar el lavado del cuerpo

Subcategoría: Efectuar el lavado del cuerpo entero individualmente

Efectuar el lavado de partes del cuerpo individualmente

Apoyar individualmente al ducharse

Apoyar individualmente al bañarse

Lavar el cuerpo con estimulación basal según Bobath

....

La formulación de la intervención "Efectuar el lavado de partes del cuerpo individualmente" no es suficientemente concreta para servir de guía de acción en el contexto de la planificación del proceso enfermero. Detalles sobre el lugar donde se realiza el lavado del cuerpo y el grado de apoyo requerido quedan sin aclarar. Por eso, las intervenciones ENP se siguen concretando. De esa manera, el plan de cuidados engendra una guía de acción precisa para la realización, individual y adaptada a las necesidades, de la asistencia enfermera. Las siguientes especificaciones de intervención precisan la intervención enfermera "efectuar lavado de partes del cuerpo individualmente":

- Parte del cuerpo que debe ser lavada:
 - Cara/manos

- Brazos
- Pecho
- Espalda
- Piernas
- Zona íntima
- Trasero
- Indicar el grado de apoyo
 - Vigilar
 - Ayudar mediante apoyo
 - Encargárselo en parte
 - Encargárselo completamente
 - Activar/ instruir
- Lugar del lavado de partes del cuerpo
 - En la cama
 - En el borde de la cama
 - En el lavabo
- Prestar atención a las particularidades
 - Respetar la ritualización
- Indicar el producto de cuidado usado
- Frecuencia/hora

Básicamente se pueden asignar las siguientes especificaciones de intervención a las formulaciones de intervención enfermera:

- Tipo de apoyo
- Cantidad de cuidadores necesarios
- Productos de cuidado usados
- Lugares donde se puede realizar el lavado del cuerpo
- Intervalos
- Datos temporales
- Localización de la región del cuerpo
- Medios auxiliares empleados
- Grupos profesionales participando en el proceso de cuidados

1.3 Las directrices prácticas en ENP – parte C

En la parte C de la estructura ENP (véase figura 4) se explica cómo se componen las directrices prácticas a partir de los diferentes elementos de los grupos. Cada directriz práctica contiene elementos de los grupos problemas enfermeros (transformados en diagnósticos enfermeros mediante el paso intermedio de la precombinación), etiologías, características, recursos, objetivos e intervenciones (transformadas en intervenciones que indican actuaciones mediante el paso intermedio de la precombinación).

Las etiologías y características formuladas en la directriz práctica ENP se refieren a la especificación. Esto es una particularidad en la estructura de los diagnósticos enfermeros ENP. También existen diagnósticos enfermeros ENP que no muestran ninguna precombinación de especificación y problema enfermero, sino que se componen únicamente del individuo y del problema enfermero. Es sólo mediante la codificación de etiologías y características que estas formulaciones de problemas enfermeros forman un diagnóstico enfermero; en general se trata de

categorías residuales para fenómenos enfermeros que aún no han podido ser transformados en un diagnóstico enfermero mediante la precombinación. El desarrollo de diagnósticos enfermeros ENP precombinados se realiza cuando se proponen conceptos de intervención especiales para el diagnóstico enfermero correspondiente. De ese modo se pueden presentar "mejores prácticas" o "cuidados basados en la evidencia" en el sentido de una directriz práctica.

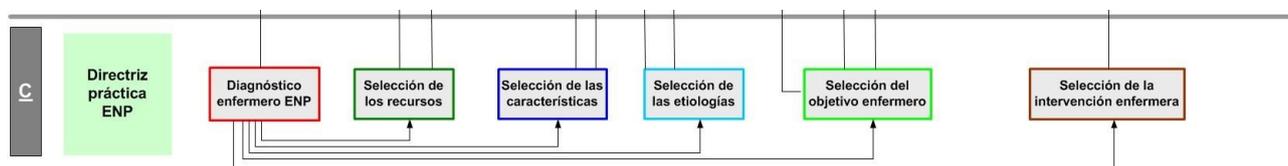


Figura 4: Estructura horizontal de una directriz práctica ENP

Mediante la vinculación de elementos correspondientes de la estructura ENP a través de distintas clases, se forma la estructura horizontal de las directrices prácticas relativas a los diagnósticos enfermeros. Las relaciones entre diagnósticos enfermeros, características, etiologías, recursos, objetivos, intervenciones y especificaciones de intervenciones se representan en el gráfico (véase il. 1 parte C) mediante líneas horizontales. El equipo creador de ENP denomina el micronivel resultante de **directriz práctica ENP**. Se trata entonces de una asignación fundada y, a ser posible, basada en la evidencia, de objetivos y conceptos de intervención potenciales en términos enfermeros para resolver/atenuar un problema/diagnóstico enfermero. En el pasado, los desarrolladores ENP también hablaron de una "teoría práctica modificada" (Wieteck, 2003) o de un "camino terapéutico ligado a los diagnósticos enfermeros" (Wieteck, 2007a). Ambas descripciones se encuentran integradas en la noción de directriz práctica.

Por analogía a las definiciones corrientes del término general "directriz práctica" (Bölicke, 2001; Field & Lohr, 1992; Ollenschläger et al., 1999; Wieteck, 2009), una directriz práctica ENP se define como sigue:

Una directriz práctica ENP describe la ayuda en la toma de decisiones, sistemáticamente desarrollada, en cuanto a un procedimiento adecuado, adaptado a las necesidades y basado en el conocimiento enfermero actual, permitiendo de resolver problemas diagnósticos concretos. Las directrices prácticas ENP señalan el marco de acción y de decisión dentro del cual se realizará la actividad enfermera de manera técnicamente razonable tras poner un diagnóstico enfermero ENP.

El resultado de la combinación específica de los elementos para obtener una directriz práctica es la parte de ENP que tiene aplicación en la práctica enfermera, se visualiza en una aplicación de software y se individualiza en la planificación enfermera en un camino terapéutico enfermero para cada paciente.

Estas directrices prácticas relativas a los diagnósticos enfermeros representan el saber enfermero actual y así cumplen con la exigencia de los desarrolladores de ENP.

1.4 El desarrollo y perfeccionamiento de ENP

El desarrollo y el perfeccionamiento de ENP se ha descrito en numerosos libros (Wieteck, 2003, 2004c, 2013; Wieteck, Berger, & Opel, 2007). La documentación concreta de los cambios se puede consultar en las informaciones científicas sobre ENP, publicadas con regularidad. A continuación se esbozarán los pasos centrales del desarrollo así como la estrategia actual de perfeccionamiento.

ENP está registrado como clasificación enfermera estandarizada en el registro OID (Object Identifier)³ en la sanidad alemana. Eso permite un intercambio de datos entre distintos registros electrónicos del paciente/residente. La información relativa a ENP se puede consultar en la página web del DIMDI (instituto alemán de documentación e información médica)⁴.

1.4.1 Retrospectiva

El desarrollo de ENP tuvo su origen en el 1989 en una escuela de enfermería con la finalidad central de estandarizar la documentación del proceso enfermero y de elaborar requisitos de formación respectivos. En el transcurso del desarrollo, fue implicado un grupo de docentes para profesiones enfermeras procedentes de distintas escuelas de enfermería. En el 1994, al mismo tiempo que la primera publicación de las directrices prácticas ENP, también se inició la realización de ENP como software dentro de una base de datos relacional.

• Fase 1 (1989-1998) – desarrollo inductivo

El procedimiento inductivo tuvo como meta acercar los contenidos de la formación a la planificación del proceso enfermero y a su puesta en práctica real.

En el contexto de las instrucciones prácticas en la formación enfermera, situaciones enfermeras concretas (> 2138) con pacientes/residentes/clientes han servido de ejemplo para establecer planes de cuidados. Acto seguido, el plan de cuidados consensuado entre el estudiante y el equipo enfermero se reflexionó en el equipo docente. Además, las formulaciones encontradas y consensuadas por los expertos para representar la situación enfermera en forma de problemas/diagnósticos, objetivos e intervenciones enfermeras fueron fundamentadas científicamente por la literatura y finalmente catalogadas (Wieteck, 2004c).

La fase de desarrollo inductivo fue marcada por cuatro preguntas centrales de investigación:

1. *¿Cuáles son los diagnósticos enfermeros que se establecen y por tanto se necesitan como formulación estandarizada para ilustrar el proceso individual de los cuidados enfermeros?*
2. *¿Cuáles características, etiologías y recursos se producen en caso de cuál diagnóstico enfermero y deberían proponerse como formulación estandarizada?*

³ En informática, los identificadores de objeto sirven de descriptor unívoco y permanente de un objeto informativo determinado.

⁴ Véase <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/oid/verzeichnis.html> (consultado el 26.06.2014).

3. *¿Cuáles objetivos en el contexto del proceso enfermero se conciertan (con el paciente/residente) y se documentan en el plano de cuidados enfermeros?*
4. *¿Cuáles intervenciones enfermeras se seleccionan y con cuáles componentes de texto se pueden ilustrar de manera que indiquen las acciones enfermeras? ¿Cuáles intervenciones enfermeras se describen en la literatura enfermera actual y se pueden proponer como componentes de texto? (Wieteck, 2004c, p. 28-29)*

Metodológicamente, el desarrollo inductivo se ve marcado por tres fases:

- A) **Observación participante cualitativa** de situaciones enfermeras concretas realizadas en el contexto de instrucciones prácticas con un estudiante y un docente de enfermería. Durante el proceso diagnóstico se identificaron distintos diagnósticos enfermeros, se definieron intervenciones enfermeras y se formularon en un plan de cuidados para el paciente/residente. En la medida de lo posible, las descripciones de los planes de cuidados se basaron en conceptos enfermeros conocidos y descritos. De no ser así, se realizaron análisis conceptuales según Walker/Avant (Opel, 2004).
- B) Reflexión del plan de cuidados con los profesionales enfermeros y con el equipo docente en el sentido de un **consensuamiento** del proceso diagnóstico y de las formulaciones que reflejan dicho proceso.
- C) Comparación de los diagnósticos, objetivos e intervenciones identificados con la literatura especializada y catalogación de nuevos resultados encontrados (Wieteck, 2004c). El equipo desarrollador de ENP habla de una **teoría práctica modificada**, con otras palabras se trata de un camino terapéutico relacionado a los diagnósticos enfermeros. Hoy día se utiliza el término "directriz práctica ENP".

Estos caminos terapéuticos relativos a los diagnósticos enfermeros (teorías situacionales o prácticas), que hoy se llaman directrices prácticas ENP, representan el saber enfermero actual y así cumplen con la exigencia de los desarrolladores de ENP. El desarrollo de un camino terapéutico relacionado al diagnóstico enfermero se basa, por un lado, en los métodos inductivos y, por otro lado, en el trabajo/análisis bibliográfico (Wieteck, 2004), seguido por una comprobación mediante trabajos de validación.

En el desarrollo de ENP, tanto el proceso diagnóstico como el proceso del desarrollo de un camino terapéutico se consideran como procesos de formulación de hipótesis (Gordon; Bartholomeyczik, 2001, Schrems, 2003). Las ideas de Dickoff, James y Wiedenbach y su definición de las teorías productoras de situaciones ("situation producing theories" o "prescriptive theories") (Dickoff et al. 1968, p. 420-422) o la teoría práctica (Walker/Avant 1998) ya comprenden los elementos centrales del proceso enfermero, por ejemplo el objetivo de las acciones enfermeras y las instrucciones respectivas; a lo largo del proyecto ENP se completaron por las dimensiones del diagnóstico enfermero con las características, etiologías y los recursos según el modelo del proceso enfermero. Mientras que Dickoff y James sitúan la teoría práctica al último nivel del proceso de cuatro etapas de la formación de la teoría, los desarrolladores ENP ubican la modificada teoría práctica en el segundo nivel del proceso (véase figura 3) (Dickoff et al. 1968). Subyace la idea de que los caminos terapéuticos/directrices prácticas que se constituyen por el enlazamiento de los diagnósticos enfermeros con características, etiologías y recursos, objetivos e intervenciones, sólo constituyen hipótesis y no son ninguna teoría prescriptiva.

Cabe tener presente que las hipótesis desarrolladas representan los conocimientos provisionales del área temática de la enfermería. Las hipótesis postuladas pueden ser confirmadas, rebatidas o modificadas por nuevos conocimientos. Esa manera de proceder se refleja en la actualización permanente de ENP.

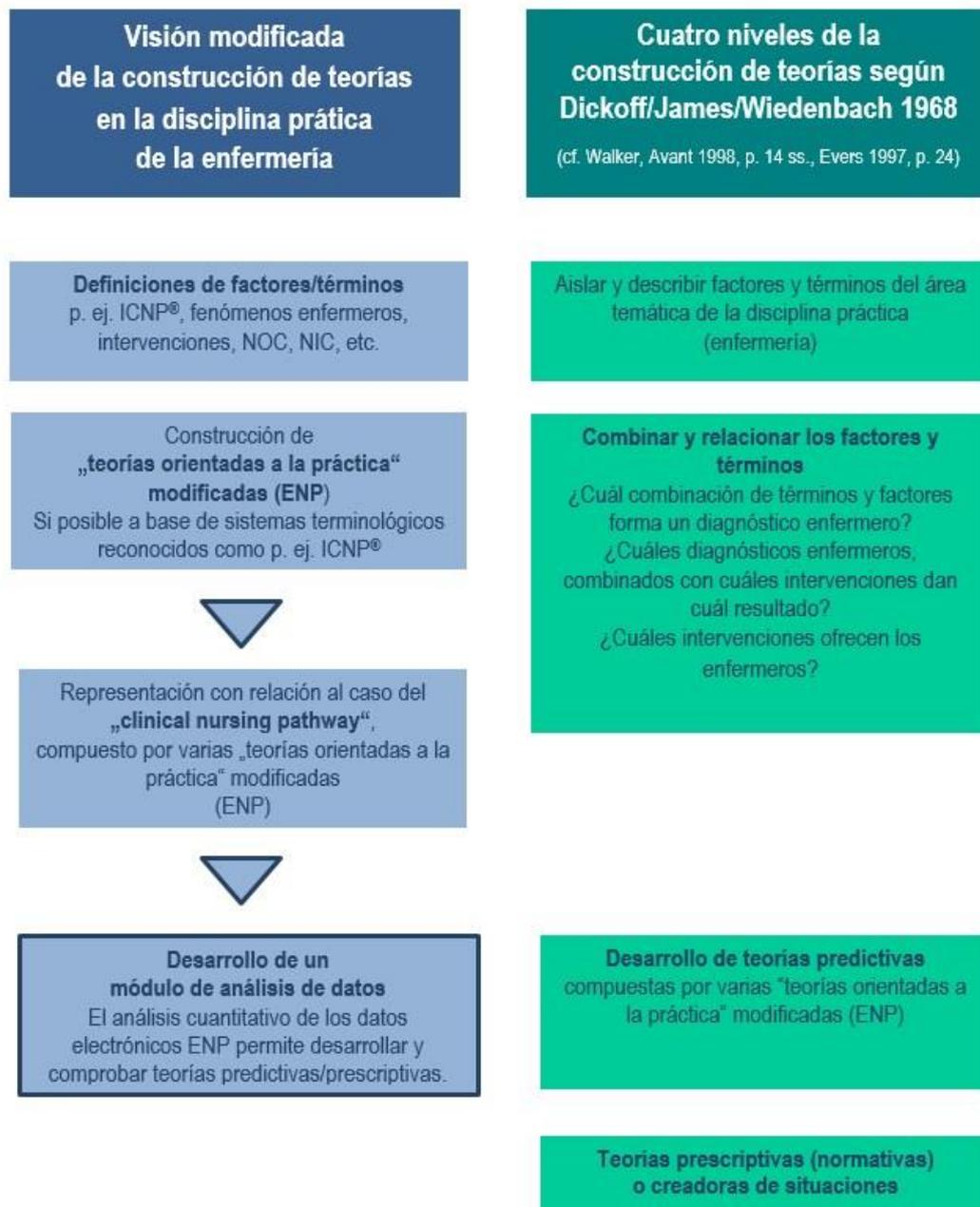


Figura 5: La "teoría práctica modificada" en el modelo de la formación de teorías

Los términos/conceptos utilizados en ENP se destacan por un alto grado de complejidad y granularidad. En el transcurso del desarrollo, el equipo desarrollador de ENP ha determinado las

estructuras lingüísticas y las definiciones de los distintos grupos de ENP para promover la claridad del lenguaje desarrollado.

- **Fase 2 (1998 hasta hoy) – retroalimentación de los usuarios y trabajos de validación para perfeccionar ENP**

Desde el 1994, ENP se mantiene en una base de datos y distintos productos software lo integran en un registro electrónico del paciente/residente para la documentación del proceso enfermero. Desde la primera aplicación de ENP en una documentación electrónica del proceso enfermero en el año 1996 (Deppmeyer, 1999; Wieteck, 2001), la retroalimentación de los usuarios se evalúa como un aspecto esencial del perfeccionamiento de ENP (Wieteck, 2013). Con la realización de ENP en una base de datos se asegura que cada término en ENP tiene una notación (es decir, numeración única o número ID); por motivos de legibilidad y de la falta de pertinencia para el usuario final, la notación no aparece en los libros actuales.

Desde el 2001 se realizan trabajos de validación acerca de ENP. Los estudios de validación del contenido y/o de los criterios son elementos esenciales del perfeccionamiento de ENP. El párrafo 1.4.3 ofrece un resumen general de los trabajos existentes de validación.

- **Fase 3 (2005-2009) – creación de la estructura clasificatoria**

En el libro publicado en el 2004, ENP aún no presenta una estructura taxonómica independiente. Las directrices prácticas ENP de entonces se orientaron a las actividades de la vida diaria (AVD). Los trabajos de jerarquización se iban transformando progresivamente hasta constituir la estructura clasificatoria actual. En primer lugar se elaboró una taxonomía⁵ para los diagnósticos enfermeros ENP. Fue en un artículo especializado (2006) donde la estructura clasificatoria de los diagnósticos enfermeros ENP se mencionó por primera vez y donde se empezó de hablar de ENP como sistema de clasificación enfermera (Wieteck, 2006a, 2006c). En el 2006 ENP comprendía siete clases, hoy llamados grupos (diagnósticos enfermeros, etiologías, características, recursos, objetivos, intervenciones e indicaciones que guían las acciones). Para ese entonces, el grupo de los diagnósticos ya llevaba una estructura monojerárquica con 3 dominios, 22 clases y 128 categorías. La estructura de los demás clases/grupos como las etiologías, características etc. aún no era jerárquica, los términos/conceptos se gestionaron de manera yuxtapuesta en la base de datos. Los conceptos/términos estaban relacionados, es decir enlazados con los diagnósticos enfermeros pertinentes (Wieteck et al., 2007). Desde el 2007 hasta el 2009, cada grupo se fue estructurando sistemáticamente mediante la formación de clusters hasta constituir la estructura clasificatoria actual.

Para describir la realización de ENP en forma de base de datos, se prestan los conceptos de los campos de la informática y la representación de conocimiento: en relación a su presentación de

⁵ La noción de taxonomía (o esquema clasificatorio) describe un modelo único o una construcción teórica que permite clasificar un determinado elemento/objeto según criterios definidos y asignarlo de este modo a una categoría.

base de datos, ENP se puede denominar ontología⁶. En ENP se presenta el conocimiento enfermero actual mediante los enlaces (relaciones). Se funda en los diagnósticos enfermeros, características, etiologías, recursos, objetivos enfermeros y conceptos de intervención enfermera que se gestionan en una base de datos. Sin enlaces entre ellos, estos elementos serían de escasa utilidad en términos de la representación de conocimientos. Por eso, la base de datos estructura estos elementos y los enlaza según criterios enfermeros. Finalmente, los enlaces al nivel horizontal entre las informaciones fragmentarias crean una imagen informativa completa en forma de directrices prácticas enfermeras. Mediante los enlaces surge una red semántica, apoyando la toma de decisiones en el contexto del proceso enfermero. En un registro electrónico del paciente/residente se utilizan las formulaciones propuestas en ENP para realizar la documentación del proceso enfermero. Además, ENP está vinculado con varios otros sistemas conceptuales y clasificaciones (véase capítulo 1.6).

- **Fase 4 (desde alrededor del 2008) – La traducción de ENP como un proceso continuo**

ENP está disponible como base de datos en los idiomas alemán, inglés, italiano y francés. Los libros respectivos en inglés, francés e italiano aún están por publicar, pero el trabajo de doctorado de Serge Haag se dedica a la validación de la versión francesa de ENP (Haag, 2009a). La traducción italiana de ENP se inició con un trabajo de master en traducción especializada en la universidad de Bologna. Desde ese momento, Dr. ssa Elisabetta De Vecchis dirige la traducción de ENP al italiano así como los trabajos de validación, siendo miembro del equipo de desarrollador de ENP.

1.4.2 - El desarrollo actual

ENP es hoy día un lenguaje profesional enfermero que presenta estructuras monojerárquicas y pone a disposición el conocimiento enfermero en forma de directrices prácticas. El gráfico siguiente explica el proceso de desarrollo sistemático de ENP. Cada año se pone a disposición una nueva versión ENP en forma de base de datos. Por lo general, los libros ENP se publican cada dos años.

⁶ Ontologías son descripciones de conceptualizaciones de un dominio de conocimiento, en el caso de ENP, el conocimiento enfermero para la representación y el control del proceso enfermero.

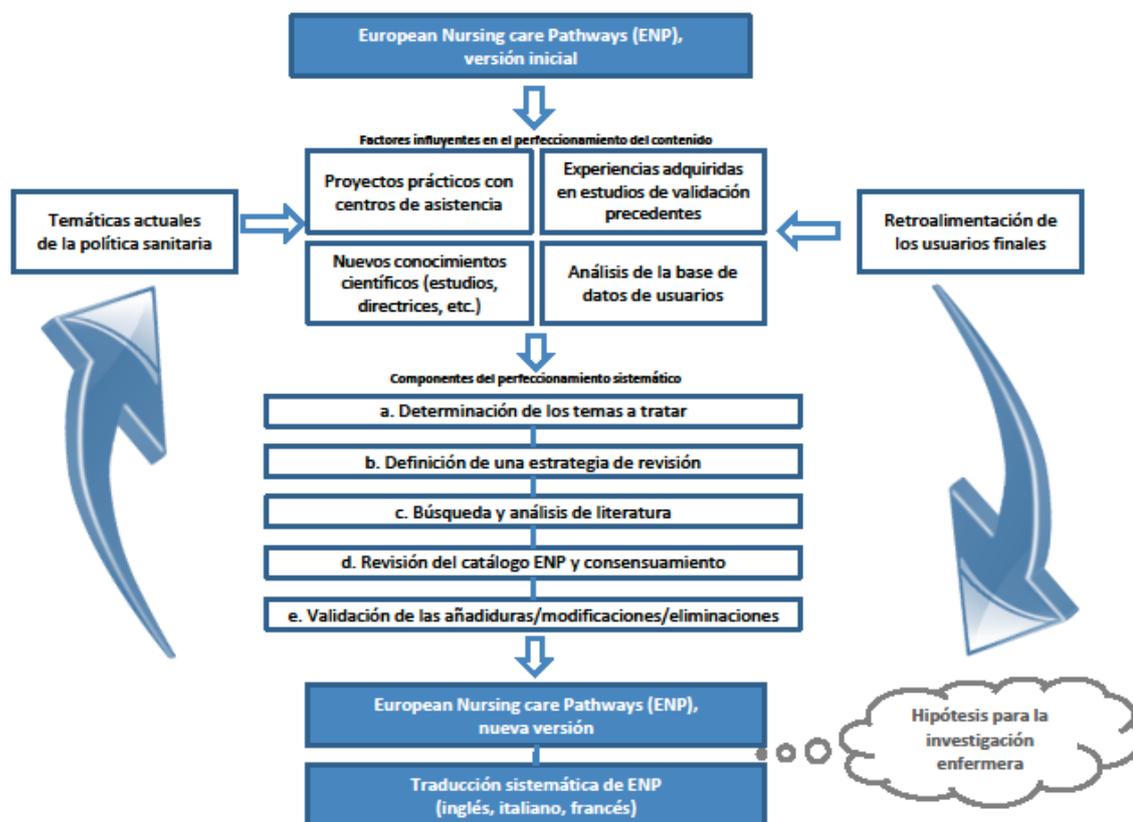


Figura 6: Proceso del desarrollo sistemático de ENP

Tomando en cuenta decisiones de la política sanitaria, la retroalimentación de los usuarios así como los últimos resultados científicos en enfermería y las disciplinas sanitarias asociadas, se decide cada año cuales de las directrices prácticas ENP se someterán a una comprobación sistemática y, en el caso dado, a una revisión. La investigación bibliográfica sistemática constituye la medida metodológica central para la actualización y revisión; se realiza según el esquema siguiente:

1. Definir la estrategia de revisión con formulaciones precisas para la investigación bibliográfica enfocada
2. Definir el tipo de publicación preferido y el grado de evidencia requisito
3. Determinar los criterios de inclusión y exclusión así como las bases de datos a utilizar (p. ej. MEDLINE, CINAHL, The Cochrane Library)
4. Elaborar los conceptos de búsqueda y determinar frases de búsqueda específicas
5. Realizar las investigaciones en bases de datos
6. Examinar y adquirir la literatura pertinente
7. Evaluar las publicaciones y estudios en cuanto a su calidad (critical appraisal)
8. Revisar el catálogo ENP mediante los conocimientos y hechos extraídos de la literatura
9. Consensuar los resultados en el equipo desarrollador ENP, en caso necesario en colaboración con expertos externos consultados para la disciplina respectiva
10. Validar la revisión por medio de un rating por expertos, un estudio o un test clínico en la praxis enfermera

La siguiente tabla presenta, de modo ejemplar, un fragmento de una tabla de revisión de los diagnósticos ENP acerca de los trastornos de deglución, actualizados en el 2014. Los diagnósticos enfermeros que aparecen en la primera línea corresponden a la categoría "alteración de la deglución". En la segunda columna salen todas las etiologías (visibles en el recorte), características, objetivos e intervenciones formando parte de los diagnósticos enfermeros de esa categoría. Los números de la tercera columna hacen referencia a las publicaciones confirmando el enlace existente entre un ítem (en el ejemplo una etiología) y un diagnóstico enfermero (cruz roja) de esa línea.

	Quellenangaben	Der Bewohner-- ist aufgrund einer hypotonen Wangen-/ Lippen-/ Mundmuskulatur bei der Nahrungsaufnahme beeinträchtigt	Der Bewohner-- ist aufgrund von Kauschwierigkeiten bei der Nahrungsaufnahme beeinträchtigt	Der Bewohner-- verschluckt sich häufig bei der Nahrungsaufnahme , Schlucken ist beeinträchtigt	Der Bewohner-- verschluckt sich bei Flüssigkeit , Schlucken ist beeinträchtigt	Der Bewohner-- ist aufgrund eines Zungenstosses beim Schlucken beeinträchtigt	Der Bewohner-- ist aufgrund der reduzierten/ veränderten pharyngealen Peristaltik beim Schlucken beeinträchtigt	ID_1032_Der Bewohner-- ist aufgrund eines beeinträchtigten Bolusformungs-transport beim Schlucken beeinträchtigt NEU	ID_1033_Der Bewohner hat aufgrund fehlender/ unzureichender Schutzreflexe das Risiko einer Aspiration NEU	Der Bewohner-- hat sonstige Ursachen für die Schluckstörung
URSACHEN										
19998	Verminderte orofaziale Kontrolle	1+2 + 83 + 136 + 141 + 143	x							
921	Fazialisparese	1+2 + 134 + 138 + 147	x							
19863	Zentrale Fazialisparese	1+2	x							
19864	Periphere Fazialisparese	1+2	x							
931	Hypotonus der Wangen-/Gesichtsmuskulatur	1+2 + 136	x							
20573	Hypotonus der Lippenmuskulatur	1+2 + 136	x							
20567	Hypotonus der Pharynxmuskulatur mit reduzierter Clearing-/Reinigungsfunktion	2	x							
6898	Schmerzen beim Kauen	1+2		x						
6899	Operative Eingriff im Kieferbereich	1+2 + 135 + 156		x						
6900	Verletzungen der Zunge	1+2		x						
19878	Myofunktionelle Störung orofacial	1+2 + 119 + 134 + 135 + 140 + 141 + 142 + 143 + 144				x				x ggf. entf
20568	Muskeldystrophie orofacial	148	x							
20569	Myopathie orofacial		x							
19986	Abnorme orale motorische Funktionalität	1+2+67								x
	Motorischer Verlust oder Schwäche bei neurologischen Störungen									
19987	Beeinträchtigung der neuromuskulären Koordination	1+2 + 4 + 15 + 8 + 123 + 135 + 136 + 140 + 143 + 156		x					x	x ggf. entf
19976	Veränderte Kiefergelenksfunktion	1+2		x						
20014	Schädigung des Kiefergelenkes	1+2		x						
19995	Kiefergelenkluxation	1+2		x						
19977	Cranioandibuläre Dysfunktion	1+2		x						
19993	Überlastung der Kaumuskulatur durch Zahnkräftchen	1+2 + 136		x						
19975	Beeinträchtigte Kaumuskulatur	1+2		x						
19994	Oromandibuläre Dystonie	1+2		x						
20015	Kieferschlussdystonie	1+2 + 136		x						
20016	Zahnfehlstellungen	1+2		x						
20591	Läsionen im Bereich des Larynx (Kehlkopf)	1+2 + 137			x				x	x ggf. entf
19836	Läsionen im Bereich des Pharynx	1+2 + 137			entfernen	x		x	entfernen	

Tabla 4: Recorte de una tabla de revisión del equipo desarrollador ENP

Ese procedimiento permite comprobar las delimitaciones entre los diagnósticos enfermeros y probar cada ítem con literatura o estudios – o bien rechazarlo conforme a la actualidad de los conocimientos.

Los campos marcados en verde indican los contenidos recién agregados, una cruz en un campo verde señala un nuevo enlace entre el diagnóstico y la etiología etc.

En un siguiente paso, las modificaciones elaboradas se presentaron a diez expertos reconocidos para evaluar la calidad de las directrices prácticas ENP mediante un rating por expertos.

1.5 El uso de ENP

Conforme a la división de terminologías en terminologías de interfaz, de referencia y administrativas, ENP pertenece a las terminologías de interfaz. Las terminologías de interfaz son destinadas al uso "front end", es decir, los usuarios – los cuidadores – las aplican directamente en enfermería (Bakken, Cashen, Mendonca, O'Brien, & Zieniewicz, 2000) para realizar la documentación del proceso enfermero y de las prestaciones.

El uso de ENP está previsto en primer lugar para el registro electrónico del paciente. Para fines docentes, para la formación enfermera y geriátrica o la capacitación de profesionales en centros de cuidados en los que se enseña y se practica un análisis minucioso de los pasos del proceso enfermero, ENP puede servir de gran apoyo, ya que gracias a los enlaces se pone a disposición del usuario el conocimiento enfermero actual. Tras la implementación en un software, los datos de pacientes se pueden consultar con rapidez y eficiencia; de ese modo también están a disposición para fines analíticos. En función del software utilizado, la realización y la visualización de ENP pueden variar notablemente⁷.

1.6 Los enlaces de ENP con otros instrumentos

ENP se realiza en una base de datos permitiendo la integración en productos de software. Como parte de la gestión de la base de datos, las notaciones (numeración inequívoca de ítems) se asignan de manera automática. Cada ítem en el sistema ENP tiene una codificación inequívoca dentro de su grupo que también se mantiene estable de una versión a la siguiente.

Tal notación permite la vinculación del sistema de clasificación enfermera ENP con otros instrumentos y sistemas clasificatorios. Los instrumentos enlazados hasta ahora son:

- **Códigos ICD-10 y OPS** para la codificación optimizada de diagnósticos adicionales en el hospital y para el apoyo de la codificación DRG
- **LEP Nursing 3** para la averiguación de valores temporales
- **PPR** (regulación de personal enfermero)
- **IDEA** (Interdisciplinary Databased Electronic Assessment), un catálogo de anamnesis interdisciplinar con cuya ayuda se calcula la necesidad de acción. Para los cuidados se pueden deducir diagnósticos enfermeros relevantes mediante los enlaces a ENP
- **Conceptos de búsqueda**, sistema de búsqueda para la localización rápida de diagnósticos enfermeros
- **Criterios de MDK para la clasificación de la necesidad de cuidados** (valores temporales, grado de dependencia)
- **Diferentes instrumentos de evaluación**, como p. ej. las escalas de clasificación Braden, Tinetti o FIM proponen diagnósticos enfermeros ENP
- **PKMS (registro de medidas complejas de atención enfermera)** así como otros códigos complejos para el apoyo automatizado de las exigencias de documentación y generación de códigos

⁷ Una idea a modo de ejemplo de la realización software de ENP ofrece la página web de la sociedad RECOM GmbH en <http://www.recom.eu/klassifikationen/enp.html>.

Varios estudios y pruebas de campo permitieron probar los enlaces a los instrumentos descritos (Baltzer, Baumberger, & Wieteck, 2006; Gärtner, 2006, 2008; Schmid, 2007; Schütze, 2006).

1.7 La difusión de ENP

Actualmente (agosto 2014), ENP se aplica en varios centros de asistencia ambulatoria y hospitalaria (aguda) de la sanidad en Alemania, Austria, Luxemburgo e Italia, integrado en un registro electrónico del paciente o residente que asegura la documentación completa del proceso de cuidados. El resumen siguiente da una idea más precisa de la utilización electrónica de ENP.

Alemania:

12 clínicas y más de 300 centros geriátricos ambulatorios y hospitalarios utilizan ENP en cuatro tipos de software.

Austria:

17 clínicas, 5 servicios de asistencia ambulatoria y 20 centros geriátricos hospitalarios utilizan ENP en dos tipos de software. En cuanto al tamaño, los servicios de asistencia ambulatoria en Austria no son comparables a los servicios de asistencia en Alemania. Los cinco servicios de asistencia ambulatoria que trabajan con ENP cuentan más de 3.000 colaboradores que efectúan cada día la documentación del proceso enfermero con ENP.

Luxemburgo:

Tres clínicas, un centro geriátrico ambulatorio así como los dos proveedores más importantes de asistencia ambulatoria, atendiendo juntos a cerca del 90 % de todos los pacientes en Luxemburgo, utilizan ENP en dos tipos de software. En Luxemburgo también, los servicios de asistencia ambulatoria tienen otra dimensión que los de Alemania, mucho más pequeñas. Los dos servicios de asistencia ambulatoria emplean más de 4.000 cuidadores que trabajan con ENP. En este caso, incluso las posiciones contables son mapeadas con ENP, de ese modo, la documentación diaria ayuda a hacer las cuentas de las prestaciones.

Aparte del uso electrónico, muchas instituciones y escuelas recurren a la publicación de ENP en forma de libro como ayuda a la formulación en la planificación manuscrita de los cuidados.

2. Modificaciones entre las versiones

A continuación se explican las modificaciones de una versión ENP a la siguiente. Junto a los diagnósticos enfermeros recién añadidos y retirados de servicio que aparecen aquí, también se presentan los diagnósticos sometidos a una profunda revisión del contenido mediante el trabajo bibliográfico y la consulta a expertos. Además de la revisión de los diagnósticos, se tomaron numerosas medidas para la normalización y se integran continuamente sugerencias por parte de los usuarios finales, tras una verificación científica.

2.1 Versiones ENP 2.0 (Wieteck, 2004c) hasta 2.4

No todas las versiones se publican en formato de libro. Entre las publicaciones de libros hay versiones adicionales en forma de base de datos. De este modo se realizó p. ej. la prueba de campo de ENP en varias clínicas en 2005 con la versión de ENP 2.3. Durante y después de las pruebas prácticas en el cantón de San Galo se realizaron modificaciones centrales en ENP que a continuación se presentan de forma resumida.

Versión ENP 2.3 a 2.4

- a) Trabajos de jerarquización en el nivel de los diagnósticos enfermeros, desarrollo de la taxonomía ENP con el objetivo de una estructura monojerárquica para la evaluación de datos.
- b) Trabajos de jerarquización en el nivel de los objetivos enfermeros, desarrollo de una taxonomía meta.
- c) Trabajos de jerarquización en el nivel de las intervenciones enfermeras.
- d) Control de los diagnósticos enfermeros respecto al nivel de abstracción vacilante y a solapamientos. A lo largo de esta revisión, 41 diagnósticos enfermeros fueron ensamblados de la versión 2.3 (n=557 directrices prácticas) a la versión 2.4 (n=516 directrices prácticas).
- e) Apoyo de ENP por un trabajo bibliográfico adicional. Fuentes utilizadas para el apoyo de las directrices prácticas versión 2.0 (n= 279) formadas por bibliografía especializada, libros de enseñanza y estudios; hasta la versión 2.5 las fuentes bibliográficas utilizadas se incrementaron hasta 520. Se intensificó el apoyo por bibliografía internacional.
- f) Tratamiento de lagunas comprobadas en pruebas prácticas en cuanto a la integridad y el grado de detalle, (véase p. ej. Kossabati & Berthou, 2006).

2.2 Versión ENP 2.4 a 2.5 (2008/2009)

Nuevas directrices prácticas (n=14)

- 848 El residente/paciente/cliente presenta una **desnutrición** debido a un **trastorno de la conducta alimentaria**
- 849 El residente/paciente/cliente presenta una **desnutrición** debido a **dificultades cognitivas**
- 851 El residente/paciente/cliente presenta un **riesgo de desnutrición** debido a **dificultades cognitivas**
- 850 El residente/paciente/cliente presenta un **riesgo de desnutrición**
- 855 El residente/paciente/cliente presenta una **alteración del bienestar** debido a una **alimentación por sonda**
- 852 El residente/paciente/cliente **no/difícilmente** puede **dirigir la atención** al **espacio o la parte del cuerpo** contralesional (= negligencia)
- 853 El residente/paciente/cliente presenta una **alteración** de la **capacidad de recibir información y procesarla**
- 856 El residente/paciente/cliente presenta una **alteración** en la **capacidad de adquirir competencias** en el contexto de la capacidad de autocuidado, riesgo de ineficacia de la terapia
- 857 El residente/paciente/cliente presenta una **úlceras de decúbito**, hay una **cicatrización alterada**
- 858 El residente/paciente/cliente presenta una **úlceras arterial** (ulcus cruris arteriosum), hay una **cicatrización alterada**
- 859 El residente/paciente/cliente presenta una **úlceras venosa** (ulcus cruris venosum), hay una **cicatrización alterada**
- 861 El residente/paciente/cliente representa una **alteración del bienestar** debido a una **herida crónica**
- 858 El residente/paciente/cliente presenta un **síndrome del pie diabético**, hay una **cicatrización alterada**
- 887 El residente representa un **riesgo de terapia ineficaz** debido a la **falta de informaciones/habilidades** en cuanto a la **diabetes/hipoglucemia/hiperglucemia**

Directrices prácticas ampliamente revisadas (n=31)

- 555 El residente/paciente/cliente presenta una **desnutrición**
- 558 El residente/paciente/cliente rechaza la **ingestión de comida**, hay un **riesgo de desnutrición**
- 554 El residente/paciente/cliente presenta un **descuido en la alimentación**, hay un **riesgo de desnutrición**
- 134 El residente/paciente/cliente presenta una **pérdida de orina involuntaria** (incontinencia de esfuerzo) debido al **aumento de la presión abdominal**
- 135 El residente/paciente/cliente presenta una **necesidad de orinar imperativa** unida a una **pérdida de orina involuntaria** (incontinencia de urgencia)

- 137 El residente/paciente/cliente presenta una **pérdida de orina involuntaria** (vaciado espontáneo reflejo) **a intervalos regulares** como consecuencia del **llenado de la vejiga**
- 138 El residente/paciente/cliente presenta un **goteo urinario/una pérdida de orina involuntaria** debido a la **retención de orina crónica**
- 574 El residente/paciente/cliente es **incapaz de evitar** una pérdida de orina involuntaria con un tracto urogenital intacto (incontinencia funcional)
- 130 El residente/paciente/cliente presenta una **incontinencia urinaria** (incontinencia mixta/forma de incontinencia no categorizada) (categoría residual)
- 845 El residente/paciente/cliente presenta una **pérdida continua de orina** debido a una **incontinencia extrauretral**
- 012 El residente/paciente/cliente no puede lavarse autónomamente debido a una **restricción de la movilidad**
- 018 El residente/paciente/cliente es incapaz de lavarse autónomamente debido a una **hemiplejia/-paresia**
- 007 El residente/paciente/cliente no puede lavarse autónomamente debido a una **restricción de la resistencia física**
- 027 El residente/paciente/cliente no debe esforzarse en los cuidados del cuerpo debido a un **rendimiento cardíaco reducido**, hay un **déficit de autocuidado** relativo al **lavado del cuerpo**
- 029 El residente/paciente/cliente no puede **mantener los utensilios para el lavado del cuerpo** debido a una **restricción de la movilidad**, hay un déficit de autocuidado relativo al lavado del cuerpo
- 022 El residente/paciente/cliente **no puede organizar autónomamente el lavado del cuerpo** debido a una **desorientación**
- 011 El residente/paciente/cliente debe evitar los movimientos entre la pelvis y el tronco debido a una **lesión de la columna vertebral**, hay **déficit de autocuidado** relativo al **lavado del cuerpo**
- 013 El residente/paciente/cliente es **completamente dependiente** en el **lavado del cuerpo** debido a una **restricción cuantitativa de la conciencia**
- 033 El residente/paciente/cliente **no se lava de manera adecuada**, hay déficit de autocuidado relativo al lavado del cuerpo
- 016 El residente/paciente/cliente **no puede efectuar los cuidados de las partes íntimas como de costumbre** debido a una **herida en las partes íntimas**
- 001 El residente/paciente/cliente **está limitado en el lavado del cuerpo** por otros motivos (categoría residual)
- 676 El residente/paciente/cliente presenta una **herida crónica**, hay una **cicatrización alterada**
- 339 El residente/paciente/cliente presenta una **herida con cicatrización secundaria**, hay una **cicatrización alterada**
- 331 El residente/paciente/cliente presenta una **herida con cicatrización primaria**, hay un **riesgo de cicatrización alterada**
- 278 El residente/paciente/cliente presenta un **riesgo de complicaciones** debido a una **lesión cerrada en las extremidades**
- 092 El residente/paciente/cliente presenta **dificultades para ingerir comida** debido al **trastorno de la sensibilidad** y a la **hipotonía** en una mitad de la cara
- 094 El residente/paciente/cliente presenta **dificultades para ingerir comida** debido a la **dificultad para cerrar la boca**, los alimentos se le salen de la boca
- 078 El residente/paciente/cliente presenta una **alteración** en el **cuidado autónomo de las uñas**
- 827 El residente/paciente/cliente presenta una **alteración** en el **cuidado autónomo de los pies**
- 069 El residente/paciente/cliente presenta una **alteración** en el **cuidado autónomo del pelo**

Directrices prácticas retiradas: (n=8)

- El residente/paciente/cliente presenta una herida purulenta, riesgo de propagación de gérmenes
- El residente/paciente/cliente tiene un **riesgo aumentado de daño a la piel** por el uso de detergentes
- El residente/paciente/cliente presenta un **riesgo aumentado** de que se **inflamen los ojos** debido a una propagación de gérmenes al lavarse el cuerpo
- El residente/paciente/cliente **no puede lavarse autónomamente el pelo**
- El residente/paciente/cliente tiene las **uñas de los pies largas** y no se las puede cortar autónomamente
- El residente/paciente/cliente presenta una **formación de callosidades fuertes** en los pies, no las puede eliminar autónomamente
- El residente/paciente/cliente tiene **suciedad en las uñas** y no las puede limpiar autónomamente
- El residente/paciente/cliente presenta **dificultades al beber** debido a la **dificultad para cerrar la boca**, el líquido se le sale de la boca
- El residente/paciente/cliente presenta dificultades al comer/tragar la comida, la **comida se acumula en el lado afectado de la boca**

Literatura consultada (N= 520)

2.3 Versión ENP 2.5 a 2.6 (2009 hasta mayo 2011)

Nuevas directrices prácticas ENP (n=25)

- 867 El residente/paciente/cliente presenta una **autolimpieza reducida de los pulmones** (categoría residual)
- 868 El residente/paciente/cliente presenta una **alteración** en el **cuidado autónomo de los ojos** (categoría residual)
- 869 El residente/paciente/cliente presenta un **riesgo de formación de atelectasia pulmonar/neumonía** por otros motivos (categoría residual)
- 870 El residente/paciente/cliente presenta una **alteración al tragar** (categoría residual)
- 872 El residente/paciente/cliente presenta un **riesgo de déficit hídrico/electrolítico** (categoría residual)
- 873 La residente presenta un **riesgo de dificultad para la lactancia** (categoría residual)
- 877 La residente tiene **dificultades al lactar** (categoría residual)
- 878 El residente/paciente/cliente presenta un **comportamiento alimentario inadecuado** (categoría residual)
- 879 El residente/paciente/cliente presenta una **alteración en la excreción de orina** (categoría residual)
- 880 El residente/paciente/cliente presenta una **alteración en la evacuación intestinal** (categoría residual)
- 881 El residente/paciente/cliente presenta **otras alteraciones** en el cuidado del estoma

- 886 El residente/paciente/cliente presenta un **riesgo de muerte súbita del lactante**
- 892 El niño **defeca involuntariamente** con una edad superior a 4 años sin causas orgánicas (encopresis)
- 882 El familiar/la persona de referencia **no puede realizar** autónomamente **el cuidado de dependencia**
- 883 El familiar/la persona de referencia presenta un **riesgo de no poder realizar** autónomamente **el cuidado de dependencia** del afectado
- 894 El residente/paciente/cliente presenta una colonización/infección con **gérmenes multirresistentes (GMR)**, existe un **riesgo de contagio de gérmenes**
- 889 El residente/paciente/cliente presenta una **crisis de hipertensión arterial** debido a una **disreflexia autonómica**
- 893 El residente/paciente/cliente presenta un **riesgo de disreflexia autonómica** debido a una **paraplejía**
- 896 El residente/paciente/cliente presenta una alteración en la **organización de la jornada/vida** como consecuencia de un **síndrome demencial**
- 887 El residente/paciente/cliente presenta un **riesgo de terapia ineficaz** debido a la **falta de informaciones/habilidades** en cuanto a la **diabetes/hipoglucemia/hiperglucemia**
- 891 El residente/paciente/cliente presenta un **riesgo de retraso en el desarrollo**
- 897 El residente/paciente/cliente presenta una **alteración** en la **comunicación** debido a los **trastornos de habla**
- 898 El residente/paciente/cliente presenta una **dermatitis asociada a excreción/incontinencia**, existen **dificultades de cicatrización**
- 895 El residente/paciente/cliente presenta un **nivel de actividad bajo**, hay un **riesgo de daños de la salud**

Las categorías residuales añadidas se complementaron en colaboración con las clínicas del proyecto. Son necesarias puesto que también existen, además de los diagnósticos enfermeros específicos ya precombinados, problemáticas enfermeras de otro tipo.

Directrices prácticas ampliamente revisadas (n=30)

- 519 El residente/paciente/cliente presenta una **infección/enfermedad sexual transmisible**, existe un **riesgo de contagio** para la pareja sexual
- 354 El residente/paciente/cliente presenta un **riesgo de hiper/hipoglucemia**
- 383 El residente/paciente/cliente presenta una **enfermedad infecciosa**, hay un **riesgo de un contagio para el entorno**
- 263 El residente/paciente/cliente presenta una **situación cardiovascular inestable** debido a un **rendimiento cardiovascular reducido**
- 610 El residente/paciente/cliente presenta un **riesgo de complicaciones cardiovasculares** debido a un **rendimiento cardiovascular reducido**
- 261 El residente/paciente/cliente presenta un **riesgo de complicaciones cardiovasculares** debido a **cambios circulatorios hipertensivos**
- 260 El residente/paciente/cliente presenta un **riesgo de complicaciones cardiovasculares** debido a las **modificaciones cardiovasculares hipotónicas**
- 696 El niño **se orina involuntariamente** con una edad superior a 5 años sin causas orgánicas (enuresis)
- 160 El residente/paciente/cliente tiene un **riesgo de úlcera de decúbito (adaptación a las directrices de expertos actuales)**
- 103 El residente/paciente/cliente está **alimentado por vía parenteral por tratamiento de perfusión**, hay un **riesgo de complicaciones debidos a la nutrición**
- 097 El residente/paciente/cliente está **alimentado por vía enteral con una sonda**, hay **dificultad en la ingestión de comida**
- 326 El residente/paciente/cliente presenta un **riesgo de sobre o subdosificación** debido a un **tratamiento de perfusión**
- 651 El residente/paciente/cliente presenta un **riesgo de complicaciones** debido a un **catéter venoso/un tratamiento por perfusión**
- 451 El residente/paciente/cliente presenta una **alteración** en la **organización autónoma de la jornada/vida** debido a los **procesos de degeneración a causa de la edad**
- 535 El residente/paciente/cliente presenta una **alteración** en la **organización de la jornada/vida** debido a un **trastorno del proceso mental**
- 450 El residente/paciente/cliente presenta una **alteración** en la **organización autónoma de la jornada/vida** debido a un **trastorno de orientación**
- 634 El residente/paciente/cliente presenta una **alteración** en la **organización de la jornada/vida** debido a un **trastorno de la memoria**
- 793 El residente/paciente/cliente presenta un **riesgo de complicaciones** debido a un **acceso arterial**
- 627 El residente/paciente/cliente presenta un **impulso disminuido**, hay un **riesgo de déficit de autocuidado**
- 428 El residente/paciente/cliente tiene una **relación estorbada con la realidad** debido a la **vivencia psicótica**, hay un **riesgo de déficit de autocuidado**
- 429 El residente/paciente/cliente presenta una **alteración en la estructuración de la organización de la jornada**, hay un **riesgo de déficit de autocuidado**
- 426 El residente/paciente/cliente **presenta una alteración** en la **organización de la vida**, hay un **riesgo de déficit de autocuidados**
- 313 El residente/paciente/cliente presenta una **alteración** en la **organización autónoma de la jornada/vida** debido a un **trastorno del yo**
- 621 El residente/paciente/cliente presenta una **alteración de la organización de la jornada/vida** debido a **pensamientos repetitivos que no dejan por lógica/razón** (pensamientos compulsivos)
- 425 El residente/paciente/cliente presenta una **alteración** en la **organización autónoma de la jornada/vida** debido a una **minusvalía**
- 152 El residente/paciente/cliente presenta una **alteración** en la **organización de la vida** debido a una **enterostomía** (salida intestinal artificial)
- 467 El residente/paciente/cliente presenta una **alteración** en la **organización autónoma del ocio**
- 500 El residente/paciente/cliente presenta un **comportamiento autolesivo** repetido, hay una **estrategia alterada de superar los problemas**
- 684 El residente/paciente/cliente presenta un **comportamiento de evitación** debido a una **falta de confianza en su propia fuerza física**
- 131 El residente/paciente/cliente presenta un **riesgo de dermatitis asociada a excreción/incontinencia**

Directrices prácticas retiradas: (n=9)

- 188 El residente/paciente/cliente presenta un **riesgo de colapso circulatorio** en la **realización de medidas de movilización** (incorporado al diagnóstico hipotonía ID_260)
- 325 El residente/paciente/cliente presenta un **riesgo de inflamación (de las venas)** con un **catéter venoso central** (incorporado al diagnóstico hipotonía ID_651)
- 324 El residente/paciente/cliente presenta un **riesgo de inflamación de las venas** debido a una **cánula permanente venosa** (incorporado al diagnóstico hipotonía ID_651)
- 326 El residente/paciente/cliente presenta un **riesgo de sobre o subdosificación** debido a un **tratamiento por perfusión** (incorporado al diagnóstico hipotonía ID_651)
- 887 El residente/paciente/cliente presenta un **riesgo de terapia ineficaz** debido a la **falta de informaciones/habilidades** en cuanto a la **diabetes/hipoglucemia/hiperglucemia**
- 082 El residente/paciente/cliente presenta una **fijación de la sonda nasal**, existe un **riesgo de irritación cutánea** (incorporado al diagnóstico ID_097)
- 098 El residente/paciente/cliente presenta **problemas gastrointestinales** debido a la alimentación por sonda (incorporado al diagnóstico ID_097)
- 106 El residente/paciente/cliente presenta una inestabilidad glucémica debido a **diabetes**, hay riesgo de hiper o hipoglucemia (incorporado al diagnóstico ID_354, este se abstrajo)
- 107 El residente/paciente/cliente presenta un **riesgo de no lograr los objetivos relativos a la salud** debido a la **falta de informaciones/habilidades** en cuanto a la **diabetes**

Literatura utilizada (n= 1018)

2.4 Versión ENP 2.6 a 2.7 (mayo 2011 hasta agosto 2012)

Un impulso esencial para el desarrollo realizado entre las versiones 2.6 y 2.7 se debe a dos proyectos de gran envergadura en el sector clínico. Por un lado, la representación de los "cuidados terapéuticos", por el otro las particularidades de las clínicas pediátricas. Además, trabajos de validación de ENP llevaron a revisiones de algunos caminos.

Nuevas directrices prácticas ENP (n=11)

- 898 El residente/paciente/cliente presenta una **dermatitis asociada a excreción/incontinencia**, existen dificultades de cicatrización
- 900 El residente/paciente/cliente no puede lavarse autónomamente debido a un **trastorno de la integración sensorial**
- 902 El residente/paciente/cliente presenta **problemas de motricidad y/o de conducta** en reacciones adaptativas relacionadas al entorno, **percepción alterada/trastorno de la integración sensorial**
- 903 El residente/paciente/cliente presenta **ninguna reacción a estímulos**, alteración de la conciencia
- 901 El residente/paciente/cliente presenta un riesgo de **irritaciones de la mucosa/puntos de presión**
- 905 El recién nacido representa un **riesgo de hiperbilirrubinemia neonatal**
- 904 El residente/paciente/cliente presenta un **trastorno de la función renal/una insuficiencia renal**, hay un trastorno metabólico
- 1017 El residente/paciente/cliente presenta un **retraso en el desarrollo**
- 1034 Los familiares/las personas de referencia **no llevan a cabo la educación de manera que fomente el desarrollo**, existe un **riesgo de retraso en el desarrollo**
- 1032 El residente/paciente/cliente presenta una **alteración de la deglución** debido a una **alteración de la formación/del control/transporte del bolo alimenticio**
- 1033 El residente/paciente/cliente presenta un **riesgo de aspiración** debido a una **falta/insuficiencia de los reflejos protectores**

Directrices prácticas ampliamente revisadas (n=20)

- 522 La residente/paciente/cliente presenta una **alteración de la producción de leche materna**, hay un **riesgo de desnutrición** del lactante
- 184 El residente/paciente/cliente está alterado en la capacidad de **estar sentado autónomamente**
- 712 El residente/paciente/cliente presenta una alteración en la capacidad de realizar **autónomamente un cambio de posición en la cama**
- 160 El residente/paciente/cliente representa un **riesgo de úlcera de decúbito**
- 084 El residente/paciente/cliente presenta **dificultades para comer/beber autónomamente**
- 842 El residente/paciente/cliente no puede efectuar autónomamente los **autocuidados en la nutrición** debido a su evolución
- 849 El residente/paciente/cliente presenta una **desnutrición** debido a **dificultades cognitivas**
- 555 El residente/paciente/cliente presenta una **desnutrición**
- 851 El residente/paciente/cliente presenta un **riesgo de desnutrición** debido a **dificultades cognitivas**
- 608 El residente/paciente/cliente presenta una **capacidad de transferencia alterada**
- 015 El residente/paciente/cliente presenta un riesgo de complicaciones debido a una **percepción reducida del cuerpo**
- 309 El residente/paciente/cliente presenta un riesgo de complicaciones debido a un **trastorno cuantitativo de la conciencia**
- 411 El residente/paciente/cliente no puede **recibir/tratar adecuadamente los estímulos del entorno**, hay un riesgo de malinterpretaciones

- 840 El residente/paciente/cliente presenta un desarrollo de sus capacidades/habilidades no conforme a la edad debido a un **desarrollo alterado de los sistemas de percepción**
- 537 El residente/paciente/cliente presenta dificultades para vestirse/desvestirse debido a una **hemiplejía**
- 529 El residente/paciente/cliente presenta **dificultades para vestirse/desvestirse autónomamente** por otros motivos
- 154 El residente/paciente/cliente presenta un **riesgo de deficiencia renal**
- 234 El residente/paciente/cliente presenta un riesgo de una atelectasia/neumonía debido a una **disminución de la ventilación pulmonar**
- 828 El residente/paciente/cliente presenta un riesgo de **disminución de la ventilación pulmonar**
- 359 El residente/paciente/cliente presenta un **riesgo de complicaciones** debido a una **tasa de bilirrubina elevada**
- 814 El residente/paciente/cliente presenta un **riesgo de exclusión social** debido a **conductas** que infringen las normas sociales vigentes
- 815 El residente/paciente/cliente presenta un **comportamiento social modificado** que infringe los principios de la norma debido a una **relación padres-hijo alterada**, hay un **riesgo de exclusión social**
- 748 El residente/paciente/cliente presenta un **riesgo de retraso en el desarrollo** debido a una **separación de los padres/las personas de referencia**
- 838 El residente/paciente/cliente presenta un **riesgo de retraso en el desarrollo** debido a un **parto prematuro**
- 891 El residente/paciente/cliente presenta un **riesgo de retraso en el desarrollo**
- 92 El residente/paciente/cliente presenta dificultades para ingerir comida debido a una hipotonía de la musculatura de las mejillas/los labios/la boca
- 681 El residente/paciente/cliente presenta una alteración de la ingestión de comida debido a dificultades para masticar
- 87 El residente/paciente/cliente se atraganta con frecuencia al ingerir comida, presenta dificultades en la deglución
- 90 El residente/paciente/cliente se atraganta con líquidos, presenta dificultades en la deglución
- 95 El residente/paciente/cliente presenta dificultades en la deglución debido a una expulsión/un apretamiento de la lengua
- 96 El residente/paciente/cliente presenta dificultades en la deglución debido a una reducción/alteración del peristaltismo faríngeo/esofágico
- 870 El residente/paciente/cliente presenta otras/múltiples causas de las dificultades en la deglución

Directrices prácticas retiradas (n=5):

- 811 El residente/paciente/cliente presenta un **riesgo de exclusión social** debido a un **comportamiento social modificado** que infringe los principios de las normas sociales vigentes
- 52 El residente/paciente/cliente representa un reflejo de deglución reducido, hay un riesgo de aspiración al cuidado bucal
- 88 El residente/paciente/cliente falta de reflejo de deglución, hay un riesgo de aspiración
- 89 El residente/paciente/cliente falta de reflejo de tos, nauseoso y deglución, hay un riesgo de aspiración de saliva
- 94 El residente/paciente/cliente presenta dificultades en la ingestión de comida debido a la dificultad para cerrar la boca, los alimentos se le salen de la boca

Literatura utilizada (n= 1214)

Las directrices prácticas de la versión de entonces (2012) se apoyaban sobre la base de 1214 fuentes bibliográficas nacionales e internacionales, entre ellas sistemas de reglas alemanes, directrices y recomendaciones, como los estándares de expertos nacionales, directrices del MDS (servicio médico de los seguros de salud alemanes), particularidades legales etc.

2.5 Versiones ENP 2.7 hasta 2.9 (agosto 2012 hasta agosto 2014)

La última fase de revisión dio como resultado – además de una amplia revisión sistemática, basada en la literatura de cerca del quinto de todas las directrices prácticas – tres innovaciones en el sistema de clasificación enfermera ENP, centrales en cuanto a la transparencia, la univocidad y el seguimiento:

- El desarrollo de una definición para cada diagnóstico enfermero ENP (cf. capítulo 1.2)
- La indicación del nivel de evidencia (LoE – Level of Evidence) para cada diagnóstico enfermero, siguiendo el ejemplo de los criterios de NANDA International (cf. capítulo 3).
- La documentación del historial de revisión para cada directriz práctica, haciendo transparente el número y el momento de las revisiones, tanto para cada diagnóstico como para cada directriz práctica.

El siguiente recorte de la documentación de revisión del equipo desarrollador ENP sirve de ejemplo para ilustrar las modificaciones de la clase aseo personal/vestirse:

Tipo de texto	N° ID	Textos ENP relacionados al diagnóstico enfermero
	Historial de revisiones: 1994*, 2004, 2008 ; 2014	
	Directriz práctica ENP	Diagnóstico enfermero ENP
	Grado de evidencia: LOE 3.1	LOE 3.1
Clase	10.051	Aseo personal/vestirse
Categoría	10.468	Déficit de autocuidado Lavado del cuerpo
Diagnóstico enfermero	11	El residente debe evitar los movimientos entre la pelvis y el tronco debido a una lesión de la columna vertebral , hay déficit de autocuidado relativo al lavado del cuerpo
Definición		Es incapaz de/no debe lavar el cuerpo entero o partes del cuerpo en el lavado u otro puesto de lavado debido a una lesión de la columna vertebral (p. ej. por violencia o un tumor) unida a un riesgo de paraplejia y/o de deficiencia neurológica tras movimientos rotativos al nivel de la pelvis o del tronco (ICF [d510] washing oneself, ICNP [10020935] washing).

Figura 7: Recorte de una documentación de revisión del equipo desarrollador ENP

Nuevas directrices prácticas ENP (n=17)

LOE de la directriz	LOE del diagnóstico	Año de desarrollo	ID	Título del diagnóstico enfermero ENP 2.9
LOE 2.1	LOE 2.1	2014*	1080	El residente presenta un riesgo de alteración de la movilidad
LOE 2.1	LOE 2.1	2014*	1072	El residente presenta una alteración del bienestar (problema enfermero sin especificación)
LOE 2.1	LOE 2.1	2013*	1071	El residente presenta una alteración de la realización de actividades de la vida diaria
LOE 2.1	LOE 2.1	2013*	1070	El recién nacido representa una hiperbilirrubinemia neonatal
LOE 2.1	LOE 2.1	2013*	1068	El residente presenta un riesgo de alteración de la cicatrización debido al intertrigo
LOE 2.1	LOE 2.1	2013*	1067	El residente presenta una alteración del equilibrio electrolítico
LOE 2.1	LOE 2.1	2013*	1066	El residente presenta una reacción alérgica , hay un riesgo de choque anafiláctico
LOE 2.1	LOE 2.1	2013*	1064	El residente presenta un déficit hídrico
LOE 2.1	LOE 2.1	2013*	1063	El residente presenta un riesgo de complicaciones pulmonares debido a una intervención quirúrgica
LOE 2.1	LOE 2.1	2013*	1062	El residente presenta una respiración insuficiente
LOE 2.1	LOE 2.1	2012*	1041	El residente presenta un riesgo de complicaciones debido a una picadura de garrapata
LOE 2.1	LOE 2.1	2012*	1040	El residente presenta un riesgo de alteración del desarrollo debido a un descuido físico/médico

LOE 2.1	LOE 2.1	2012*	1039	El residente presenta un riesgo de alteración del desarrollo debido a un maltrato psíquico/emocional
LOE 2.1	LOE 2.1	2012*	1035	El residente presenta un riesgo de alteración del desarrollo debido a un maltrato físico
LOE 2.1	LOE 2.1	2012*	1038	El residente presenta un riesgo de alteración del desarrollo debido a una sospecha de maltrato sexual/violación
LOE 2.1	LOE 2.1	2012*	1037	El residente presenta un riesgo de alteración del desarrollo debido a un maltrato sexual/una violación
LOE 2.1	LOE 2.1	2012*	1037	El residente presenta un riesgo de maltrato físico

Directrices prácticas ampliamente revisadas (n=112)

LOE de la directriz	LOE del diagnóstico	Actualización sistemática	ID	Título del diagnóstico enfermero ENP 2.9
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2007, 2014	407	El residente presenta una alteración de la comunicación debido a una hipoacusia (sordera)
LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 2004, 2007, 2014	416	El residente presenta una alteración de la comunicación verbal debido a una afasia global
LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 2004, 2007, 2014	419	El residente presenta una alteración de la comunicación verbal debido a una afasia motriz (afasia de Broca)
LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 2004, 2007, 2014	417	El residente presenta una alteración de la comunicación verbal debido a una afasia sensorial (afasia de Wernicke)
LOE 2.1	LOE 2.3	1992*, 1994, 2003, 2008, 2014	412	El residente presenta una alteración de la comunicación verbal debido a una disminución de la resistencia/fuerza física
LOE 3.2	LOE 3.2	2006*, 2014	387	El residente presenta dificultades para expresar sus deseos/necesidades , hay un riesgo de que no se satisfagan adecuadamente
LOE 2.1	LOE 2.3	2000* 2006 , 2014	424	El residente presenta una alteración de la comunicación verbal debido a un trastorno del habla (alteración de las habilidades motrices articulatorias)
LOE 2.1	LOE 2.1	2010*; 2014	897	El residente presenta una alteración de la comunicación debido a un trastorno del lenguaje
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*,2006, 2014	414	El residente es incapaz de establecer contacto como de costumbre , hay una alteración de la interacción
LOE 2.1	LOE 2.3	2005*,2011, 2014	411	El residente es incapaz de percibir/asimilar adecuadamente los estímulos ambientales , hay un riesgo de malinterpretaciones
LOE 3.2	LOE 3.2	2000*,2004, 2006, 2014	746	El residente presenta una alteración para establecer y sostener relaciones, hay una alteración de la interacción social
LOE 2.1	LOE 2.3	1993*, 2004, 2007; 2014	186	El residente presenta una alteración de la capacidad de marchar
LOE 2.1	LOE 2.3	1992*, 1994, 2004, 2008, 2014	193	El residente presenta una alteración de la marcha debido al uso inseguro de las ayudas de marcha
LOE 3.2	LOE 3.2	1992*, 2001, 2011, 2014	608	El residente presenta una alteración de la capacidad de transferencia
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 2004, 2007, 2011, 2014	181	El residente presenta una alteración en la capacidad de realizar autónomamente un cambio de posición en la cama
LOE 2.1	LOE 2.1	1989*, 1994, 2004, 2008, 2014	592	El residente es incapaz de moverse autónomamente con la silla de ruedas en su hábitat

LOE 3.2	LOE 3.2	2001*, 2004, 2008, 2014	648	El residente presenta una alteración de la movilidad debido a una disminución de la resistencia/fuerza física
LOE 2.1	LOE 2.3	1992*, 1994, 2004, 2007, 2014	179	El residente presenta una alteración de la movilidad debido a una amputación de una extremidad inferior
LOE 2.1	LOE 2.3	1990*, 1994, 2002, 2006, 2007, 2014	171	El residente presenta un riesgo de contractura
LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 1994, 2007, 2014	178	El residente presenta una alteración de movilidad debido a una contractura
LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 1994, 2004, 2008, 2014	165	El residente presenta un riesgo de trombosis debido a una inmovilidad/alteración de la movilidad
LOE 3.2	LOE 3.2	1992*, 1994, 2004, 2009, 2014	261	El residente presenta un riesgo de complicaciones cardiovasculares debido a cambios cardiovasculares hipertensivos
LOE 2.1	LOE 2.3	1993*, 1994, 2005, 2009; 2014	610	El residente presenta un riesgo de falla cardiovascular debido a una insuficiencia cardíaca
LOE 2.1	LOE 2.3	1989*, 1994, 2004, 2011, 2014	234	El residente presenta un riesgo de atelectasia/neumonía debido a una disminución de la ventilación pulmonar
LOE 3.2	LOE 3.2	2005*, 2007, 2014	347	El residente presenta una alteración de la toma autónoma de medicamentos , hay un riesgo de terapia ineficaz
LOE 3.2	LOE 3.2	1992*, 2004, 2008, 2011, 2014	688	El residente presenta un riesgo de aspiración
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2004, 2008, 2014	12	El residente es incapaz de lavarse debido a una restricción de la movilidad
LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 1994, 2004, 2008; 2014	22	El residente es incapaz de organizar el lavado del cuerpo debido a una desorientación
LOE 3.1	LOE 3.1	1991*, 1994, 2004, 2008, 2014	33	El residente no realiza el lavado de cuerpo de manera adecuada debido a una auto-negligencia (self-neglect)
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2004, 2008, 2014	7	El residente es incapaz de lavarse de manera autónoma debido a una restricción de la resistencia física
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2003, 2007, 2014	18	El residente es incapaz de lavarse de manera autónoma debido a una hemiplejía/hemiparesia
LOE 3.1	LOE 3.1	1991*, 2000, 2004, 2008, 2014	13	El residente es completamente dependiente en al lavado del cuerpo debido a una restricción cuantitativa de la conciencia
LOE 3.1	LOE 3.1	2001*, 2004, 2008, 2014	536	El residente es incapaz de ducharse/bañarse de manera autónoma
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1994, 2004, 2007, 2009, 2014	37	El residente presenta una alteración del cuidado autónomo de la boca
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1994, 2004, 2009, 2014	46	El residente lleva una prótesis dental y es incapaz de realizar el cuidado de la boca/prótesis dental de manera autónoma
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1994, 2004, 2008, 2014	69	El residente presenta una alteración en el cuidado autónomo del pelo
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2004, 2007, 2014	72	El residente presenta una alteración en el afeitado/cuidado de la barba autónomo
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1994, 2004, 2009, 2014	78	El residente presenta una alteración en el cuidado autónomo de la uñas
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2004, 2009*, 2014	827	El residente presenta una alteración en el cuidado autónomo de los pies
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2003, 2007; 2014	63	El residente representa un riesgo de daño a la piel debido a una piel seca

LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 1994, 2004, 2008, 2014	66	El residente presenta un riesgo de daño a la piel debido a una propensión al intertrigo
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2004, 2011, 2014	84	El residente presenta una dificultades para comer/beber debido a una alteración de su autonomía
LOE 3.2	LOE 3.2	2002*, 2004, 2008, 2014	554	El residente presenta un descuido alimenticio (self-neglect), hay un riesgo de malnutrición
LOE 2.1	LOE 2.3	2003*, 2008; 2014	559	El residente presenta un riesgo de desarrollar obesidad debido a una deficiencia del comportamiento alimentario
LOE 3.2	LOE 3.2	2002*, 2008, 2014	562	El residente presenta un riesgo de déficit hídrico debido a una oligodipsia/adipsia (disminución/ausencia de la sensación de sed)
LOE 2.1	LOE 2.3	2009*, 2014	872	El residente presenta un riesgo de déficit hídrico/electrolítico
LOE 2.1	LOE 2.3	2008*, 2014	850	El residente presenta un riesgo de desnutrición
LOE 2.1	LOE 2.3	2008*; 2014	851	El residente presenta un riesgo de malnutrición debido a una alteración cognitiva
LOE 3.2	LOE 3.2	2004*, 2007, 2008, 2014	558	El residente rechaza la ingestión de comida , hay un riesgo de desnutrición
LOE 3.1	LOE 3.1	2004*; 2008, 2014	555	El residente presenta una desnutrición
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 2003, 2009; 2014	97	El residente recibe alimentación enteral por sonda , hay una alteración en la ingestión de comida
LOE 3.1	LOE 3.1	1989*, 2003, 2009, 2011; 2014	87	El residente se atraganta con frecuencia al ingerir comida, presenta dificultades de deglución en la fase de transporte oral/faríngea
LOE 3.1	LOE 3.1	1989*, 2003, 2009, 2011; 2014	90	El residente se atraganta al ingerir bebidas exclusivamente , presenta dificultades de deglución en la fase de transporte oral/faríngea
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2004, 2008, 2014	127	El residente presenta una alteración en su autonomía para eliminar orina/heces
LOE 3.2	LOE 3.2	2003*, 2006, 2014	132	El residente no llega a tiempo a los servicios debido a una alteración de la movilidad , hay un riesgo de enuresis
LOE 3.2	LOE 3.2	2003*, 2006, 2008; 2012, 2014	130	El residente presenta una pérdida involuntaria de orina (incontinencia mixta) debido a una hiperactividad del detrusor y una insuficiencia del aparato esfinteriano
LOE 3.2	LOE 3.2	2006*, 2008, 2012, 2014	574	El residente es incapaz de evitar una pérdida involuntaria de orina con un tracto urogenital intacto (incontinencia funcional)
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 2003, 2006, 2008, 2012, 2014	134	El residente presenta una pérdida involuntaria de orina (incontinencia de esfuerzo) debido una insuficiencia del aparato esfinteriano con un aumento de la presión abdominal
LOE 3.2	LOE 3.2	2003*, 2006, 2008, 2012, 2014	137	El residente presenta una pérdida involuntaria de orina (incontinencia refleja) debido a contracciones involuntarias del detrusor que no se pueden inhibir
LOE 3.2	LOE 3.2	2003*, 2006, 2008, 2012, 2014	135	El residente presenta una pérdida involuntaria de orina (incontinencia de urgencia) debido a una necesidad fuerte/imperiosa de orinar
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 2003, 2006, 2012, 2014	143	El residente representa un riesgo de disminución de la frecuencia de la defecación (riesgo de estreñimiento)
LOE 3.2	LOE 3.2	2003*, 2006, 2012, 2014	576	El residente presenta una disminución de la frecuencia de defecación acompañada por heces duras/secas (estreñimiento)
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 2003, 2006, 2012, 2014	145	El residente presenta una pérdida involuntaria de heces (incontinencia fecal)

LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 1994, 2003, 2006, 2012, 2014	321	El residente representa un riesgo de infección urinaria ascendente debido a un catéter urinario permanente transuretral
LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 2003, 2006, 2012, 2014	322	El residente representa un riesgo de infección de los órganos eliminarios debido a un catéter urinario suprapúbico
LOE 3.2	LOE 3.2	1992*, 1994, 2004, 2007, 2011, 2014	529	El residente presenta dificultades para vestirse/desvestirse autónomamente
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1994, 2004, 2008, 2014	170	El residente es incapaz de ponerse/quitar las medias compresivas autónomamente, hay un déficit de autocuidado al vestirse
LOE 2.1	LOE 2.3	2001*, 2004, 2007, 2014	530	El residente no muestra ningún interés por tener su ropa limpia/cuidada , hay un riesgo de auto-negligencia (self-neglect) en el ámbito de la ropa/aspecto físico
LOE 2.1	LOE 2.3	1991*, 1994, 2004, 2008, 2014	537	El residente presenta dificultades para vestirse/desvestirse autónomamente debido a una hemiplejía
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1995, 2004, 2014	299	El residente es incapaz de dormir sin interrupción , hay un riesgo de déficit de sueño
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1995, 2004, 2007, 2014	282	El residente presenta dificultades para quedarse dormido , hay un riesgo de déficit de sueño
LOE 2.1	LOE 2.3	1991*, 1995, 2003, 2007, 2014	479	El residente es incapaz de relajarse
LOE 2.1	LOE 2.3	1992*, 1994, 2003, 2007, 2009, 2014	467	El residente presenta una alteración en la organización autónoma del ocio
LOE 2.1	LOE 2.1	2006*, 2009, 2014	451	El residente presenta una alteración en la organización autónoma de la jornada/vida debido a los procesos de degeneración asociada a la edad (síndrome de frailty)
LOE 2.1	LOE 2.3	2006*, 2010, 2014	450	El residente presenta una alteración en la organización autónoma de la jornada/vida debido a un trastorno de orientación
LOE 2.1	LOE 2.1	2006*, 2009, 2014	634	El residente presenta una alteración en la organización de la jornada/vida debido a un trastorno de la memoria
LOE 2.1	LOE 2.3	2006*, 2009, 2014	535	El residente presenta una alteración en la organización de la jornada/vida debido a un trastorno del proceso mental
LOE 2.1	LOE 2.1	2006*, 2009, 2014	896	El residente presenta una alteración en la organización de la jornada/vida debido a un síndrome demencial
LOE 2.1	LOE 2.1	1993* 2003, 2009, 2014	452	El residente presenta una alteración en la organización autónoma de la jornada/vida debido de una discapacidad
LOE 2.1	LOE 2.1	2003*, 2007, 2014	547	El residente presenta una alteración de su bienestar debido a dificultades para cuidar su aspecto físico
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1994, 2004, 2008, 2014	187	El residente representa un riesgo de caída
LOE 2.1	LOE 2.1	2005*, 2007, 2014	203	El residente presenta una alteración del control postural/equilibrio y un riesgo de caída debido a la enfermedad de Parkinson
LOE 2.1	LOE 2.3	1993*, 2004, 2007, 2014	216	El residente presenta un riesgo de caída debido a una alteración del equilibrio al andar/estar de pie/estar sentado
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1995, 2003, 2007, 2010, 2012, 2014	160	El residente presenta un riesgo de úlcera de decúbito
LOE 2.1	LOE 2.3	1991*, 1995, 2004, 2007, 2014	431	El residente se retira de la vida social, hay un riesgo de aislamiento social
LOE 2.1	LOE 2.1	2001*, 2008, 2014	429	El residente presenta una alteración en la estructuración de la jornada , hay un riesgo de déficit de autocuidado

LOE 2.1	LOE 2.3	2002*, 2008, 2014	626	El residente presenta la tendencia a escaparse , hay un riesgo de autopuesta en peligro
LOE 2.1	LOE 2.1	2003*, 2007, 2014	217	El residente presenta una alteración de la orientación espacial debido a trastornos del equilibrio
LOE 3.2	LOE 3.2	2002*, 2005, 2008, 2014	317	El residente presenta un riesgo de auto/heteropuesta en peligro debido a un trastorno de orientación
LOE 2.1	LOE 2.3	2005*, 2008, 2014	743	El residente presenta un comportamiento poniendo en peligro agudo a sí mismo/los demás
LOE 3.2	LOE 3.2	1990* 2003, 2007 2014	489	El residente presenta dolores agudos
LOE 3.2	LOE 3.2	2003*, 2007, 2014	645	El residente presenta dolores crónicos
LOE 2.1	LOE 2.3	1991*, 2004, 2007, 2014	493	El residente presenta dolores del aparato locomotor
LOE 2.1	LOE 2.3	1991*, 2004, 2007, 2014	491	El residente presenta dolores articulares con alteraciones funcionales/motrices
LOE 2.1	LOE 2.3	1990*, 1994, 2004, 2009, 2014	354	El residente presenta un riesgo de hiper/hipoglicemia
LOE 2.1	LOE 2.3	2003*, 2006, 2009, 2014	676	El residente presenta una herida crónica , hay un riesgo de alteración de la cicatrización
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1994, 2004, 2014	497	El residente tiene miedo , siente una amenaza real/ficticia
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1994, 2004, 2014	190	El residente tiene miedo de caerse
LOE 2.1	LOE 2.3	1990*, 1994, 2004, 2014	498	El residente tiene miedo de caerse de la cama
LOE 2.1	LOE 2.3	2004*, 2008, 2014	703	El residente sufre de estados de inquietud (agitación)
LOE 2.1	LOE 2.3	1991*, 2004, 2007, 2014	464	El residente siente aburrimiento debido a la falta de tareas útiles
LOE 2.1	LOE 2.3	2004*, 2008, 2014	503	El residente sufre de nostalgia
LOE 2.1	LOE 2.1	1989*, 1994, 2004, 2008, 2014	68	El residente presenta una alteración del bienestar debido a prurito
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2004, 2008, 2014	39	El residente presenta una disminución de la masticación/salivación , hay un riesgo de candidiasis y parotiditis
LOE 2.1	LOE 2.1	1991*, 1994, 2004, 2008, 2014	131	El residente presenta un riesgo de dermatitis asociada a la excreción/incontinencia
LOE 3.2	LOE 3.2	2005*, 2006, 2008, 2011, 2014	857	El residente presenta una úlcer de decúbito , hay una alteración de la cicatrización
LOE 3.2	LOE 3.2	2003*, 2008, 2014	622	El residente presenta un riesgo de aumento del volumen hídrico (extracelular/intravascular)
LOE 2.1	LOE 2.1	2003*, 2008, 2011, 2014	887	El residente presenta un riesgo de terapia ineficaz debido a la falta de informaciones/habilidades en cuanto a la diabetes/hipogluceemia/hipergluceemia
LOE 2.1	LOE 2.3	2006*, 2011, 2014	569	El residente presenta un riesgo de daño a la piel debido a una piel sensible/fina
LOE 2.1	LOE 2.3	2006*, 2009, 2014	383	El residente presenta una enfermedad infecciosa , hay un riesgo de un contagio para el entorno
LOE 2.1	LOE 2.1	2009*, 2014	894	El residente presenta una colonización/infección por gérmenes multirresistentes (GMR), hay un riesgo de proliferación de gérmenes
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 2003, 2006, 2009, 2014	339	El residente presenta una herida con cicatrización secundaria, hay una alteración de la cicatrización

Directrices prácticas retiradas (n=13)

Durante la revisión de ENP, los siguientes diagnósticos fueron ensamblados con otros diagnósticos o transformados en nuevos diagnósticos.

52	El residente presenta un reflejo de deglución reducido, hay un riesgo de la aspiración al cuidado bucal
88	El residente falta de reflejo de deglución, hay un riesgo de la aspiración
89	El residente falta de reflejo de tos, náusea y deglución, hay un riesgo de la aspiración de saliva
94	El residente presenta una alteración en la ingestión de comida debido a un trastorno del cierre bucal, los alimentos se derraman de la boca
561	El residente presenta un riesgo de déficit hídrico
654	El residente debe seguir una dieta pobre en proteínas debido a una intolerancia, hay un riesgo de complicaciones debido a la alimentación
828	El residente representa un riesgo de disminución de la ventilación pulmonar
235	El residente respira superficialmente y es incapaz de efectuar los ejercicios de respiración activos, hay un riesgo de una atelectasia/neumonía
249	El residente es incapaz de expectorar a causa de una alteración del cierre de la glotis, hay un riesgo de atelectasia/neumonía
198	El residente presenta una alteración en su libertad de movimientos debido a factores externos
206	El residente presenta una alteración de la movilidad debido a un dolor al esfuerzo
647	El residente presenta una restricción de la movilidad postoperatoria
490	El residente presenta dolores articulares con dolor inicial

Literatura consultada (n= 3545)

Las directrices prácticas de la versión 2.9 (2014) se apoyan sobre la base de 3.545 fuentes bibliográficas nacionales e internacionales. Entre ellas figuran sistemas de reglas alemanes, directrices y recomendaciones como por ejemplo los estándares de expertos nacionales y numerosas directrices internacionales. En total, existen 10.355 enlaces a fuentes bibliográficas para las 552 directrices prácticas ENP. Algunos libros técnicos o artículos dedicados a un amplio fenómeno de cuidado son enlazados varias veces a directrices prácticas ENP.

3. El grado de evidencia de los diagnósticos y directrices prácticas ENP

En el contexto de las revisiones en el 2014, el grado de evidencia ha sido evaluado e indicado para los diagnósticos enfermeros y directrices prácticas ENP. Desde el inicio del proceso, el desarrollo tuvo como objetivo esencial el crear comparabilidad de los grados de evidencia con otros sistemas de clasificación enfermera. Ante este trasfondo, los grados de evidencia (Level of evidence, LOE) de ENP toman como referencia los criterios clasificatorios de NANDA International⁸, aunque algunos aspectos críticos de esa sistemática se pueden discutir. De ese modo se garantiza que el valor informativo de diagnósticos enfermeros perteneciendo a distintos sistemas clasificatorios se puede comparar. El listado siguiente presenta los grados de evidencia de ENP de modo más detallado:

1. Desarrollo de una nueva directriz práctica

Por lo general, las directrices prácticas ENP se desarrollan según el método inductivo, es decir, los profesionales enfermeros que utilizan ENP identifiquen una laguna. El camino del desarrollo inicia por la identificación de un fenómeno en la práctica enfermera. El pedido de desarrollo se realiza. El resultado se consensúa con la práctica enfermera. Después, el diagnóstico se integra al catálogo.

Menos frecuente es el desarrollo de una directriz práctica ENP incitado por un análisis bibliográfico. En este caso, se elabora una propuesta de desarrollo (cf. LOE 1.1/1.2/1.3) que se discute y evalúa enseguida por expertos competentes de la práctica clínica.

1.1 Título del diagnóstico enfermero únicamente (pedido de desarrollo)

El diagnóstico enfermero ENP se ha aclarado con precisión y se apoya en la literatura. El respeto de las normas sintácticas y estructurales se ha comprobado. También se ha examinado en cuanto a entrecruzamientos.

1.2 Título del diagnóstico y definición (pedido de desarrollo)

El diagnóstico enfermero ENP se formula con precisión, la definición corresponde al título. La definición se distingue de las características y del título del diagnóstico, esos elementos no forman parte de la definición. El diagnóstico y la definición son apoyados por referencias bibliográficas.

1.3 Al diagnóstico enfermero y a la definición se añaden objetivos e intervenciones enfermeras (pedido de desarrollo)

La directriz práctica ENP se encuentra en una etapa temprana y se pone a disposición de los usuarios finales en aplicaciones de software para ser evaluada y mejorada conjuntamente.

En la práctica enfermera puede suceder que, en el contexto de un proyecto, una directriz práctica ENP se ponga a disposición de los usuarios finales ya en la fase temprana 1.3. El catálogo ENP

⁸ Los grados de evidencia de NANDA-I se pueden consultar en <http://www.nanda.org/nanda-international-level-of-evidence-criterial.html> (página visitada el día 25.06.2014)

oficial así como los libros publicados, sin embargo, sólo contienen diagnósticos a partir de un grado de madurez de 2.1.

2. Diagnósticos y directrices formando parte del catálogo ENP oficial con apoyo por la literatura internacional, la práctica enfermera y/o estudios consensuados

2.1 a) Título del diagnóstico, definición, características, etiologías y recursos son apoyados por la literatura

El diagnóstico enfermero, su definición así como todas las características, etiologías y recursos son comprobados por la literatura nacional e internacional.

2.1 b) Título del diagnóstico, definición, características, etiologías, recursos, objetivos enfermeros e intervenciones son apoyados por la literatura y desarrollados hasta formar un diagnóstico enfermero

Además del apoyo bibliográfico de los elementos título, definición, características, etiologías y recursos, el diagnóstico enfermero se completa por intervenciones y objetivos enfermeros que han sido comprobados por la literatura.

2.2 Análisis conceptual del diagnóstico enfermero

Además del apoyo bibliográfico de los elementos título, definición, características, etiologías, recursos, intervenciones y objetivos enfermeros, se realiza un análisis conceptual acerca de las nociones centrales del diagnóstico enfermero, incluyendo una evaluación detallada de la literatura. El análisis conceptual respalda el diagnóstico enfermero y la definición y comprende la discusión y el apoyo de las características.

2.3 Estudios de consenso por expertos en cuanto a diagnósticos existentes

Adicionalmente al apoyo bibliográfico de todos los elementos del diagnóstico enfermera y de la línea práctica, se realizan estudios de consenso con expertos de la disciplina correspondiente. Los estudios comprenden opiniones de expertos, estudios Delphi o de mapeo cruzado (crossmapping) con otros sistemas de clasificación enfermera así como otros diseños de estudios de carácter diagnóstico.

3. Diagnósticos enfermeros y directrices prácticas con apoyo clínico (validación y revisión)

3.1 a) Síntesis bibliográfica

Análisis y evaluación sistemática de la literatura acerca del diagnóstico y de las intervenciones enfermeras con documentación de la estrategia de búsqueda.

3.1 b) Síntesis bibliográfica y rating por expertos

Análisis y evaluación sistemática de la literatura acerca del diagnóstico y de las intervenciones enfermeras con documentación de la estrategia de búsqueda, seguido por un rating por expertos (p. ej. mediante encuestas, conferencias etc.).

3.2 Estudios clínicos de diagnósticos y líneas directrices que no se pueden aplicar a la población general

El estudio toma en cuenta el diagnóstico enfermero con todas las características y etiologías relacionadas al diagnóstico. Los estudios pueden ser de carácter cualitativo o cuantitativo. Eso comprende estudios investigando la validez concurrente en el contexto clínico. El volumen muestral es limitado y no se obtiene de manera aleatoria (no probabilística).

3.3 Estudios clínicos bien diseñados con un escaso volumen muestral

El estudio toma en cuenta el diagnóstico enfermero con todas las características y etiologías correspondientes. Se utiliza una prueba aleatoria (muestreo probabilístico), pero con un volumen limitado de muestras.

3.4 Estudios clínicos bien diseñados con un muestreo aleatorio de tamaño suficiente permitiendo una aplicación a la población general

El estudio toma en cuenta el diagnóstico enfermero con todas las características y etiologías asociadas al diagnóstico. Se utiliza una prueba aleatoria (muestreo probabilístico), el volumen muestral siendo suficiente como para aplicar los resultados a la población general.

4. Definiciones de las nociones de clases ENP

A fin de sostener la claridad de los European Nursing care Pathways como lenguaje enfermero y sistema de clasificación, el equipo de desarrollo ENP ha determinado las estructuras lingüísticas y las definiciones de cada grupo ENP en el transcurso del desarrollo. Estas definiciones se presentarán a continuación.

4.1 Definición de los diagnósticos enfermeros ENP

Un diagnóstico enfermero ENP se define del siguiente modo:

*Un **diagnóstico enfermero ENP** es una expresión lingüística que sirve a los enfermeros, si es posible, junto con el afectado y los familiares/las personas de referencia para tomar decisiones sobre los objetivos enfermeros y seleccionar las intervenciones enfermeras adecuadas a partir de una apreciación/valoración sistemática (evaluación, anamnesis enfermera, examen físico) del estado de salud y de sus repercusiones físicas, fisiológicas y condicionadas por el desarrollo o de la reacción a problemas de salud.*

Un diagnóstico enfermero ENP describe posibles resultados diagnósticos en una forma estandarizada. Un diagnóstico enfermero ENP se constituye del problema enfermero y de una especificación. Una pequeña parte, actualmente el 13,6 % (n= 75), de los diagnósticos enfermeros ENP carece de especificación y sirve de categoría residual en caso de que no corresponda ninguno de los problemas enfermeros propuestos que llevan una especificación. En el contexto del proceso diagnóstico, el mismo enfermero completa las características y etiologías, convirtiendo de ese modo el problema enfermero en un diagnóstico enfermero. Una precombinación de especificación y problema enfermero se ha realizado siempre y cuando haya conceptos de intervención específicos para el diagnóstico enfermero ENP. Un problema enfermero se define en ENP del siguiente modo:

Los problemas enfermeros son limitaciones actuales del individuo afectado que se deben a su persona o a su entorno. O se trata de riesgos relacionados con el estado de salud o el tratamiento del afectado que él mismo no puede superar o eliminar y que limitan su dependencia y/o la de otras personas. Los estados psíquicos y los estados debidos al entorno y al desarrollo o las modificaciones del estado de salud fisiológico, así como las limitaciones debidas a la edad, pueden ser punto de partida de problemas enfermeros. La actuación profesional es necesaria para considerar los problemas enfermeros y trasladarlos a un diagnóstico enfermero y poder influir positivamente en el estado de salud mediante la planificación enfermera.

Según Gordon y Bartholomeyczik (2001), un diagnóstico enfermero se constituye de tres elementos esenciales "[...] que se llaman también el esquema PES. Estos tres componentes son el problema de salud (P), los factores etiológicos o relativos a la etiología (E) y las características o las agrupaciones de signos y síntomas (S)." (Gordon & Bartholomeyczik, 2001, p. 38 s.) El grupo de los problemas enfermeros describe en el nivel de la categoría los problemas enfermeros

representando las entidades disjuntas a las cuales los términos de diagnósticos enfermeros están atribuidos. Debido a la composición de un diagnóstico enfermero ENP por un problema enfermero y una especificación, el diagnóstico comprende al menos dos elementos esenciales de un diagnóstico según la propuesta de Gordon & Bartholomeyczik (2001, p. 38). En el contexto del proceso diagnóstico, el enfermero elige las características y etiologías adecuadas de ENP. Las características en ENP no se refieren exclusivamente al problema enfermero, sino a la combinación del problema enfermero y la especificación.

La tabla 5 a continuación representa los diagnósticos enfermeros ENP de la clase 1.1 Aseo personal/Vestirse y de la categoría 1.1.1 Déficit de autocuidado Lavado del cuerpo del dominio 1 Diagnósticos enfermeros en el área funcional/fisiológico para aclarar la diferencia entre un problema enfermero (=categoría) y un diagnóstico enfermero en ENP.

Clase	Categoría (problema enfermero)	Diagnósticos enfermeros ENP
1.1 Aseo personal/ vestirse	1.1.1 Déficit de autocuidado Lavado del cuerpo	El residente/paciente/cliente es incapaz de lavarse autónomamente debido a una restricción de la movilidad
		El residente/paciente/cliente es incapaz de lavarse autónomamente debido a una hemiplejia/paresia
		El residente/paciente/cliente es incapaz de lavarse autónomamente debido a una restricción de la resistencia física
		El residente/paciente/cliente no debe esforzarse durante el aseo personal debido a un rendimiento cardíaco reducido , hay un déficit de autocuidado relativo al lavado del cuerpo
		El residente/paciente/cliente es incapaz de mantener los utensilios para el lavado del cuerpo debido a una restricción de la movilidad , hay un déficit de autocuidado relativo al lavado del cuerpo
		El residente/paciente/cliente es incapaz de organizar autónomamente el lavado del cuerpo debido a una desorientación
		El residente/paciente/cliente debe evitar los movimientos entre la pelvis y el tronco debido a una lesión de la columna vertebral , hay un déficit de autocuidado relativo al lavado del cuerpo
		El residente/paciente/cliente es completamente dependiente en el lavado del cuerpo debido a una restricción cuantitativa de la conciencia
		El residente no realiza el lavado de cuerpo de manera adecuada debido a una auto-negligencia (self-neglect)
		El residente/paciente/cliente no puede efectuar los cuidados de las partes íntimas como de costumbre debido a una herida en las partes íntimas
		El residente/paciente/cliente no puede efectuar autónomamente los autocuidados en el contexto del higiene corporal debido a su desarrollo
		El residente/paciente/cliente no puede lavarse autónomamente debido a un trastorno de la integración sensorial
		El residente/paciente/cliente es incapaz de lavarse autónomamente el pelo por otras causas
El residente/paciente/cliente es incapaz de ducharse/bañarse autónomamente		

Tabla 5: Diagnósticos enfermeros ENP de la categoría aseo personal/vestirse

La operacionalización del déficit de autocuidado relativo al lavado del cuerpo aquí presentada es consecuencia del desarrollo de la directriz práctica. Si en el curso del desarrollo de una directriz práctica se nota que existen conceptos específicos de intervenciones, por ejemplo, en cuanto al

déficit de autocuidado relativo al lavado del cuerpo en caso de hemiplejia, ese diagnóstico enfermero ENP se elabora de manera precombinada. Un análisis bibliográfico, efectuado en el contexto del desarrollo de ENP acerca de los diagnósticos enfermeros de la subcategoría déficit de autocuidado relativo al lavado del cuerpo, muestra que existen conceptos específicos de intervenciones para los diagnósticos enfermeros ENP actuales presentados en la tabla 5 (Helmbold, 2010a).

Fue seleccionada la estructura de los diagnósticos enfermeros ENP, descrita arriba, con el fin de proponer al usuario del lenguaje profesional ENP conceptos de intervenciones diferenciados y metódicos, permitiéndole la representación del proceso enfermero. Los problemas enfermeros ENP que no contienen ninguna especificación sirven de "categoría residual" que el enfermero convierte en un diagnóstico enfermero mediante la codificación de características y etiologías. Las categorías residuales sólo se deben utilizar cuando no existe un diagnóstico enfermero ENP específico que se aplica a la situación individual del paciente/residente/cliente.

Sintaxis de un diagnóstico enfermero ENP

La determinación de la sintaxis de los diferentes componentes de texto en ENP pretende uniformar la estructura del lenguaje profesional. Ejemplo:

"El paciente presenta un riesgo de daño cutáneo debido a una traqueotomía".

"El paciente" = sujeto

"presenta" = verbo

"un riesgo" = objeto directo

"de daño cutáneo" = suplemento del objeto directo

"debido a una traqueotomía" = complemento circunstancial

"El paciente es incapaz de lavarse autónomamente debido a una hemiplejia/paresia"

"El paciente" = sujeto

"es incapaz de" = locución verbal

"lavarse" = verbo pleno

"autónomamente" = adverbio (tipo y modo)

"debido a una hemiplejia/paresia" = complemento circunstancial

La sintaxis de los diagnósticos enfermeros ENP que no dispone de ninguna especificación se compone de manera siguiente:

"El paciente presenta un riesgo de úlcera de decúbito"

"El paciente" = sujeto

"presenta" = verbo

"un riesgo" = objeto directo

"de úlcera de decúbito" = suplemento del objeto directo

La frase de un diagnóstico enfermero está formulada en tercera persona singular, los verbos utilizados en presente. La decisión de formar la frase de este modo se debe a motivos pragmáticos y estilísticos.

4.2 Definición: Características ENP

Cada análisis de un término engendra de por sí las características determinantes del término. Para identificar el significado de una noción y definir el concepto de un diagnóstico enfermero, como p. ej. los diagnósticos enfermeros ENP, la denominación de las características que pueden apoyar el diagnóstico enfermero es imprescindible. La ciencia terminológica asigna varias significaciones a las características. *"El total de las características de un término constatado en un determinado momento constituye la suma del saber relativo a este término"* (Arntz, Picht & Mayer, 2004, p. 53 s). Ese saber acerca de la noción ayuda a denominar y delimitar su significado. Las características ayudan, además, a estructurar los términos y ordenarlos en una taxonomía.

En el proceso diagnóstico, las características sirven de indicadores para confirmar un diagnóstico enfermero (Gordon & Bartholomeyczik, 2001, p. 43 y ss.). En el contexto del desarrollo de los diagnósticos enfermeros ENP, las características son utilizadas para conceptualizar los diagnósticos. A continuación presentamos la definición de las características ENP.

*Las **características ENP** son indicadores, rasgos y observaciones del individuo afectado. Contribuyen a identificar los diagnósticos/problemas enfermeros o a delimitar los diagnósticos/problemas enfermeros. Estas características o indicadores pueden describir síntomas, ser otras características para el problema, indicadores biográficos o históricos, fisiológicos o psíquicos, la descripción de una expresión verbal del afectado sobre el problema, la descripción de reacciones de una persona o factores de riesgo.*

Las características de ENP se refieren tanto al problema enfermero respectivo como a la especificación del problema. Los diagnósticos enfermeros dentro de una categoría pueden contener características generales que se refieren al problema enfermero.

La sintaxis de las características ENP

Las formulaciones de las características son síntomas (p. ej. *signos de cianosis, frecuencia elevada de la respiración, ruido sibilante, taquipnea, prurito*), expresiones del afectado (p. ej. *manifiesta temor a los dolores al expectorar, describe la sensación de soledad/desolación*), reacciones comportamentales (p. ej. *irritabilidad elevada, no puede manifestar su cólera/enfado de manera adecuada y lo dirige contra objetos/animales, se arranca los pelos*), características fisiológicamente medibles (p. ej. *frecuencia de la respiración del adulto inferior a 12 movimientos respiratorios/minuto*) o descripciones de las restricciones de las capacidades del afectado (p. ej. *no puede lavarse distintas partes del cuerpo, no puede pronunciar claramente las palabras*).

Las características representan frases de sintaxis completa, es decir, se constituyen de un sujeto y un sintagma verbal (conteniendo un verbo, objeto(s) y/o complemento(s)) y por lo general son frases en voz activa. O son elipsis comprendiendo un verbo, objeto(s) y/o complemento(s) o solamente términos. Estas frases incompletas siempre se refieren al sujeto del diagnóstico enfermero. P. ej. *Restricción de la capacidad a lavar las partes del cuerpo* o *Enfermedad cutánea infecciosa*.

4.3 Definición: Etiologías ENP

Las causas se pueden definir como "un evento o una cantidad de eventos que producen de manera causal (causalidad) otro evento, el efecto". En la "Enciclopedia de la filosofía y la teoría de las ciencias", la noción de causa se define a base de los cuatros tipos de causas según Aristóteles, de la comprensión moderna causa-efecto según Hume y otros filósofos (Mittelstraß, 1996, p. 442). En el desarrollo ENP, la definición de las causas/etiologías sigue un enfoque similar. Para diferenciar el diagnóstico enfermero, se formulan causas/etiologías si contribuyen a la causación y al mantenimiento del problema/estado de salud o influyen en él (Brobst et al., 1997, p. 17 s., Gordon, 2001, p. 41).

Las etiologías se definen en ENP del siguiente modo:

*Las **etiologías ENP** son factores desencadenantes y/o influyentes que producen o mantienen respectivamente un problema/diagnóstico enfermero. Las etiologías/factores influyentes pueden ser conductas del afectado, enfermedades existentes y conocidas así como restricciones descriptibles en el ámbito psicosocial o relativas a capacidades físicas y cognitivas. Las etiologías/factores influyentes también pueden radicar en el entorno, en la socialización y las experiencias del individuo afectado.*

En el proceso enfermero es imprescindible conocer las etiologías de problemas enfermeros, ya que muchas veces se deben tener en cuenta en el contexto de las intervenciones propuestas para eliminar o mitigar un problema enfermero. Por ejemplo, la planificación y la selección de intervenciones enfermeras serán distintas si una persona es incapaz de lavarse autónomamente debido a una restricción postoperatoria de la movilidad o a una apraxia.

La comprensión de las etiologías en ENP sigue el análisis de la noción de etiologías que lleva a la diferenciación terminológica siguiente (Hügli & Lübcke, 2001, p. 640 y ss.):

Etiologías como relación causal entre causa y efecto. Etiologías como cadena causal o relación causal, lo que significa "*aquella red de causas y efectos que está entretejida en un evento*" (Hügli & Lübcke, 2001, p. 642).

Causa contribuyente: son aquellas causas que influyen en el efecto sin ser, por lo tanto, el único origen del efecto.

Causa decisiva: las causas que contribuyen de manera central al efecto.

Causa esencial: son las condiciones necesarias del efecto.

En ENP, las distintas perspectivas y diferenciaciones del término de 'causa' siempre se formulan tomando en cuenta el diagnóstico enfermero. Son de interés las relaciones que existen entre los problemas/estados de salud constatados en un individuo, sus causas originales y los factores manteniendo el problema.

A cada diagnóstico enfermero ENP se pueden atribuir varias causas. Esto significa que distintas causas pueden influir o provocar el diagnóstico. Estas etiologías seleccionadas y formuladas durante el proceso diagnóstico representan la base para seleccionar intervenciones adecuadas.

Las formulaciones de las etiologías pueden ser enfermedades (p. ej. *manía, insuficiencia cardíaca derecha, trastorno de la conducta alimentaria, esclerosis múltiple*), motivos para comportamientos (p. ej. *necesidad de autoafirmación, aversión a la toma de nutrientes, falta de interés, miedo, vergüenza*), estados (p. ej. *estado de desconcierto, anorexia persistente, deformación del paladar blando, succión débil, disnea por esfuerzo, falta de autoestima, restricción de la movilidad*), un déficit de conocimientos/información (p. ej. *falta de conocimientos en cuanto a la lactancia, falta de acceso a las informaciones*), influencias socio-culturales (p. ej. *factores dinámicos provenientes de la familia, desempleo, maltrato*), costumbres/comportamientos (p. ej. *acciones compulsivas ritualistas, manipulación de excrementos, falta de actividades, falta de límites*), alteraciones de la interacción (*habla otro idioma nacional*) o reducciones/alteraciones de capacidades (p. ej. *capacidades cognitivas limitadas*).

Sintaxis de las etiologías ENP

Las etiologías representan frases de sintaxis completa, es decir se constituyen de un sujeto y un sintagma verbal (conteniendo un verbo, objeto(s) y/o complemento(s)). O son elipsis comprendiendo un verbo, objeto(s) y/o complemento(s) o solamente términos. Estas frases incompletas siempre se refieren al sujeto del diagnóstico enfermero. P. ej. *Falta de voluntad para realizar el lavado del cuerpo* o *Reducción de la resistencia física*.

4.4 Definición: Recursos

En ENP son formulados para cada diagnóstico enfermero los recursos (capacidades) de la persona afectada. Tienen importancia para la selección del objetivo enfermero y la determinación de las intervenciones.

Un recurso ENP se define del siguiente modo:

*Los **recursos ENP** son descripciones de estados, capacidades físicas, psíquicas y psicosociales, conductas y/o factores del entorno social que contribuyen a desarrollar estrategias de superación y/o a apoyar las intervenciones enfermeras.*

La formulación de los recursos pretende describir y apreciar lo más diferenciado posible el problema/estado de salud del cual depende la necesidad de cuidados enfermeros/apoyo. Así, para la selección de los objetivos enfermeros y las intervenciones, es decisivo saber si un paciente presentando un déficit de auto-cuidado relativo al aseo personal es capaz de sentarse o mantenerse en pie y usar por ejemplo la manopla. Al contrario de los demás grupos en ENP, los recursos propuestos no pretenden ser exhaustivos. En las formulaciones de los recursos se invita a los enfermeros a realizar añadiduras individuales durante el proceso diagnóstico.

Las formulaciones de los recursos estandarizados en ENP incluyen conductas, actitudes promoviendo las acciones, apoyo del entorno social o estados fisiológicos que contribuyen a desarrollar y sostener estrategias de superación e intervenciones para eliminar los problemas de salud y a asumir crisis (sanitarias) gracias a recursos personales y sociales (resiliencia).

Sintaxis de los recursos ENP

Los recursos representan frases de sintaxis completa, es decir, se constituyen a partir de un sintagma verbal (conteniendo un verbo, objeto(s) y/o complemento(s)). P. ej. *Puede emplear medios de forma dirigida* o *Manifiesta comprensión respecto a la intervención enfermera*.

4.5 Definición: Objetivos enfermeros ENP

Mediante los cuidados metódicos y la promoción de los recursos individuales se pretende alcanzar el objetivo enfermero. Los objetivos enfermeros deben ser realistas, alcanzables, revisables, formulados de manera positiva y relativos al problema/diagnóstico enfermero. A un diagnóstico enfermero ENP se atribuyen varios objetivos enfermeros posibles. Dependiente del estado del paciente, el enfermero seleccionará un o varios objetivos enfermeros. Un objetivo ENP se define del siguiente modo:

Los objetivos enfermeros ENP determinan los resultados que los enfermeros planifican con o para los afectados y que se deben lograr dentro de un periodo determinado. Los resultados esperados se describen en forma de estados actuales que se trata de alcanzar. Los objetivos enfermeros se pueden referir a rendimientos y capacidades físicas, parámetros fisiológicos, conocimientos, conductas y rasgos de personalidad, resultados médicos, vivencias emocionales y sensaciones subjetivas, así como a la identificación de cambios físicos.

Los objetivos enfermeros se pueden utilizar para la evaluación de los resultados (outcomes). Para ello, cada objetivo enfermero ENP está enlazado con una escala de Likert de cinco niveles para cuantificar el grado de consecución del objetivo. Existen diversos tipos de las escalas de cinco niveles. Todas tienen en común que el nivel 5 significa que se ha logrado el objetivo y 1 que no se ha logrado todavía. Estos son algunos ejemplos:

Diagnóstico enfermero ENP: "El paciente se retira de la vida social, hay una alteración de la interacción social"

Etiología: Enfermedad psíquica

Característica: Se retira a su habitación

Objetivo enfermero: Participa voluntariamente en actividades de grupo

El enfermero evalúa la consecución del objetivo en una escala de Likert de cinco niveles. Los criterios enlazados para la evaluación del grado de consecución del objetivo son:

- 5 = totalmente logrado
- 4 = ampliamente logrado
- 3 = moderadamente logrado
- 2 = poco logrado
- 1 = no logrado

Una codificación con 1 significaría que el paciente no ha logrado el objetivo relativo al diagnóstico enfermero *Participa voluntariamente en actividades de grupo* (0% de consecución del objetivo), la codificación "poco" significaría que se distinguen inicios escasos y débiles de la consecución del objetivo (hasta 25% de consecución del objetivo), una evaluación "moderada" indica una consecución media (26-50%), la codificación "amplia" indica que se ha logrado más del 50% del

objetivo (51-75% de consecución del objetivo) y una consecución "completa" del objetivo se utiliza cuando se ha logrado más del 75% del objetivo.

El otro tipo de escala se realiza en ENP mediante ítems operacionalizados relativos al objetivo. La tabla siguiente ilustra la descripción de tres objetivos relativos al lavado del cuerpo.

Escala de 5 "Lavado del cuerpo"					
	Manifestación 5	Manifestación 4	Manifestación 3	Manifestación 2	Manifestación 1
Es capaz de lavar y secar el cuerpo autónomamente	Es capaz de lavar y secar el cuerpo autónomamente	Es capaz de lavar y secar el cuerpo autónomamente utilizando medios auxiliares y/o un tiempo de lavado prolongado (> 15 min)	Es capaz de lavar y secar el cuerpo autónomamente con instrucciones verbales y la facilitación de los materiales	Es capaz de lavar y secar el cuerpo en parte autónomamente, el enfermero se encarga de las partes del cuerpo difíciles de alcanzar	Es totalmente dependiente en la ejecución del lavado del cuerpo
Es capaz de lavar y secar la parte superior del cuerpo autónomamente	Es capaz de lavar y secar la parte superior del cuerpo autónomamente	Es capaz de lavar y secar la parte superior del cuerpo autónomamente utilizando medios auxiliares y/o un tiempo de lavado prolongado (> 7 min)	Es capaz de lavar y secar la parte superior del cuerpo autónomamente con instrucciones verbales y la facilitación de los materiales	Es capaz de lavar y secar el tronco en parte autónomamente, el enfermero se encarga de las partes del cuerpo difíciles de alcanzar	Es totalmente dependiente en la ejecución del lavado de la parte superior del cuerpo
Es capaz de lavar y secar la cara y las manos autónomamente	Es capaz de lavar y secar la cara y las manos autónomamente	Es capaz de lavar y secar la cara y las manos con un tiempo de lavado prolongado (> 3 min)	Es capaz de lavar y secar la cara y las manos autónomamente con instrucciones verbales y la facilitación de los materiales	Es capaz de lavar y secar la cara y las manos en parte autónomamente, el enfermero tiene que repasar	Es totalmente dependiente en la ejecución del lavado de la cara y las manos

Tabla 6: Escala de 5 de los objetivos ENP para el lavado del cuerpo

Un ejemplo de la clase "Respiración" y de la categoría "Respiración fisiológica":

Escala de 5 "Respiración fisiológica"					
	Manifestación 5	Manifestación 4	Manifestación 3	Manifestación 2	Manifestación 1
El distrés respiratorio subjetivamente percibido durante/tras la actividad física se sitúa en la escala de 5 por encima de 3 (1=distrés respiratorio máximo, 5=sin distrés respiratorio) Fuente bibliográfica: Gillissen, A et al. 2008	Experimenta durante/inmediatamente después de la actividad física una actividad respiratoria normal/inalterada	Experimenta durante/inmediatamente después de la actividad física un distrés respiratorio leve (disnea)	Experimenta durante/inmediatamente después de la actividad física un distrés respiratorio moderado (disnea) que puede estar marcado por la activación de los músculos auxiliares de la respiración	Experimenta durante/inmediatamente después de la actividad física un distrés respiratorio severo (disnea) que puede estar marcado por cianosis, activación de los músculos auxiliares de la respiración	Experimenta durante/inmediatamente después de la actividad física un distrés respiratorio muy severo (disnea) que puede estar marcado por angustia mortal, pánico, cianosis, activación de los músculos auxiliares de la respiración y/o respiración dilatando las aletas de la nariz

Tabla 7: Escala de 5 de los objetivos ENP de la categoría "Respiración fisiológica"

Otro ejemplo procede de la clase "Experimental" y de la categoría "Sin dolores":

Escala de 5 "Sin dolores"					
	Manifestación 5	Manifestación 4	Manifestación 3	Manifestación 2	Manifestación 1
No tiene dolores	No tiene dolores/tiene dolores evaluados en la escala numérica entre 1 y 2	Tiene dolores evaluados en la escala numérica entre 3 y 4	Tiene dolores evaluados en la escala numérica entre 5 y 6	Tiene dolores evaluados en la escala numérica entre 7 y 8	Tiene dolores evaluados en la escala numérica entre 9 y 10

Tabla 8: Escala de 5 de los objetivos ENP de la clase "Sin dolores"

Un último ejemplo procede de la clase "Experimental" y de la categoría "Exigencias adaptadas a las capacidades":

Escala de 5 "Exigencias adaptadas a las capacidades"					
	Manifestación 5	Manifestación 4	Manifestación 3	Manifestación 2	Manifestación 1
Los requerimientos físicos de la actividad de aseo corporal corresponden a las capacidades físicas actuales	Los requerimientos físicos de la actividad de aseo corporal corresponden a las capacidades físicas actuales	Los requerimientos físicos de la actividad de aseo corporal corresponden parcialmente a las capacidades físicas , esto se manifiesta en forma de agotamiento absoluto tras la actividad de aseo corporal	Los requerimientos físicos de la actividad de aseo corporal corresponden parcialmente a las capacidades físicas , esto se manifiesta en forma de parámetros vitales altamente alterados y/o dolores tras la actividad de aseo corporal	Los requerimientos físicos de la actividad de aseo corporal no corresponden a las capacidades físicas , esto se manifiesta en forma de parámetros vitales altamente alterados con superación de los valores límites y/o dolores , se tuvo que interrumpir (varias veces) la actividad de aseo corporal	Los requerimientos físicos de la actividad de cuidado corporal superan las capacidades físicas , esto se manifiesta en forma de colapso circulatorio, insuficiencia respiratoria u otras crisis, no se pueden continuar las actividades de aseo corporal según lo previsto

Tabla 9: Escala de 5 de los objetivos ENP de la categoría "Exigencias adaptadas a las capacidades"

Hasta el momento, se han desarrollado 50 escalas de valoración detalladas relativas a los objetivos enfermeros ENP. Se sigue trabajando en la transformación de los demás objetivos enfermeros ENP en ítems operacionalizados. El objetivo es desarrollar otros indicadores de resultado en forma de instrumentos de autoevaluación para los pacientes/residentes/clientes que también puedan servir de instrumento de medición para los enfermeros. Los indicadores de resultado desarrollados están disponibles en el software o en la base de datos.

Para alcanzar una evaluación homogénea de la consecución del objetivo dentro del equipo enfermero, es imprescindible discutir la consecución del objetivo con el paciente y/o el equipo. Formulaciones del objetivo del tipo "*participa voluntariamente en las actividades del grupo*" están sometidas a cierta subjetividad.

Sintaxis de los objetivos enfermeros ENP

Los objetivos enfermeros representan frases de sintaxis completa, es decir, se constituyen de un sintagma verbal (conteniendo un verbo, objeto(s) y/o complemento(s)) y por lo general son frases en voz activa. O son elipsis comprendiendo un verbo, objeto(s) y/o complemento(s) o solamente términos. Estas frases incompletas siempre se refieren al sujeto del diagnóstico enfermero. P. ej.: *Expresa el sentimiento de seguridad en las actividades cotidianas.*

4.6 Definición: Intervenciones enfermeras ENP

Las intervenciones enfermeras ENP son todas las acciones que los enfermeros realizan en el contexto de la asistencia enfermera de manera directa junto al y con el paciente (p. ej. realizar el lavado completo del cuerpo) o de manera indirecta para él (p. ej. preparar los medicamentos), basándose en el proceso diagnóstico.

Una intervención enfermera ENP se define del siguiente modo:

Una intervención enfermera ENP es la expresión lingüística para un concepto de intervención. Los conceptos de intervenciones son formulaciones abstractas de acciones enfermeras que se componen de numerosos pasos. Los conceptos de intervenciones enfermeras ENP se pueden referir a acciones enfermeras directas, indirectas o administrativas que son iniciados y realizados por enfermeros para la consecución del objetivo sobre la base de procesos de decisión clínica y de conocimientos enfermeros especializados.

Un ejemplo como ilustración: La acción enfermera "Decúbito lateral a 30° según Seiler" se compone de numerosas acciones parciales individuales. Estas intervenciones parciales comienzan entre otros con la desinfección de las manos, la preparación del material, el saludo al paciente, la información del paciente, el procedimiento mismo de posicionar (que otra vez comprende numerosos pasos detallados p. ej. bajar la cabeza de la cama, quitar la almohada, etc.) y concluye con el aseguramiento de que el paciente no tiene otro deseo tras el posicionamiento y que p. ej. la campana está accesible. ENP no describe cada paso minucioso de las intervenciones enfermeras formuladas, ya que esas han sido conceptualizadas durante la formación enfermera. Tampoco resulta apropiado para la documentación del proceso enfermero describir cada detalle de un concepto de intervención en el registro del paciente (véase, entre otros, Göpfert-Divivier, Mybes & Igl, 2006).

Sintaxis de la intervenciones enfermeras ENP

Por lo general, las intervenciones enfermeras están formuladas en infinitivo y describen órdenes o requerimientos para acciones, formuladas en voz activa. Desde el punto de vista sintáctico son elipsis compuestas de un verbo, objeto(s) y/o complemento(s), con el verbo que se compone con frecuencia de construcciones de infinitivo. Estas frases no completas siempre se refieren al sujeto de la acción a realizar. P. ej. *Mantener una conversación enfermera terapéutica centrada en el tema o Aplicar técnicas de movimiento cuidadosas que reduzcan la carga.*

Especificación de la intervención

En la bibliografía especializada se reclama que las intervenciones enfermeras formuladas por escrito deben responder a las preguntas esenciales "¿Quién hace qué, cómo, dónde, cuándo, con qué?". Estas exigencias en cuanto a la formulación de la intervención enfermera dan a entender que los conceptos de intervención enfermera deben guiar las acciones. En ENP, las especificaciones de intervención tienen en cuenta este requisito respecto a la formulación.

Las especificaciones de intervención ENP se definen del siguiente modo:

Las especificaciones de intervención ENP son informaciones detalladas complementarias que se refieren a la intervención enfermera. Pueden comprender las dimensiones siguientes: descripción detallada de las intervenciones enfermeras, grado de apoyo de los enfermeros en la realización de la intervención, frecuencia y horario planificado de las intervenciones, intervalos temporales de las intervenciones enfermeras, productos de cuidado y medios auxiliares, orden de realización de intervenciones conectadas, topología, información relativa al lugar, a la trayectoria o a la cantidad, número de enfermeros necesarios para la realización adecuada de la intervención enfermera.

4.7 Valores temporales normativos en ENP

En ENP hay valores temporales normativos que están enlazados, entre otros elementos, a las intervenciones enfermeras y se suman con relación al caso. Para que los valores temporales representados correspondan a la situación individual, se toman en cuenta distintos factores como por ejemplo el grado de gravedad, el lugar de la prestación etc. Los valores temporales son estimaciones que se han negociado con enfermeros en un proceso empírico de varios años. Los valores temporales normativos están, además, ponderados mediante la relación al diagnóstico enfermero. De este modo se establecen otros valores temporales en pacientes/residentes dementes en el lavado completo del cuerpo diferentes al del lavado completo del cuerpo p. ej. en un paciente que no puede realizar los cuidados del cuerpo debido a una debilidad física. El proceso de la definición de valores temporales se inició en el 1996 y, desde la primera aplicación del software en la práctica, los valores se van ajustando continuamente con enfermeros en grupos focales. Mediciones individuales en el contexto de trabajos de investigación también contribuyeron a ajustar los valores. Con motivo del enlazamiento de LEP-Nursing 3 con las intervenciones ENP en el 2004, se reveló que los valores temporales respectivos corresponden en gran parte.

5. Calidad de las directrices prácticas ENP

Los caminos terapéuticos ENP relativos a diagnósticos enfermeros resultan de un desarrollo inductivo en Alemania (Wieteck 2004, pág. 27 y ss.). Hasta hoy día, el usuario participa en el desarrollo de ENP. Los usuarios señalan al equipo de desarrollo ENP las exigencias en cuanto a la representabilidad de diagnósticos e intervenciones enfermeras. Estas demandas procedentes de la práctica enfermera se recogen y se definen como solicitud de desarrollo. Así, en el año 2010, en el contexto de la representación de trastornos comunicativos de residentes dementes se solicitaron p. ej. los elementos "Lenguaje incomprensible" y "Lenguaje sin significado". Tras el análisis del contenido con los enfermeros en el lugar y tras un primer examen bibliográfico se desarrolló el camino de directriz práctica "El residente/paciente/cliente presenta una alteración de la comunicación debido a un trastorno del habla". A una confirmación positiva por parte de los enfermeros sigue el paso del trabajo bibliográfico profundo y la comparación sistemática con posibles diagnósticos enfermeros competidores.

El apoyo bibliográfico de las directrices prácticas ENP incluye literatura especializada y estudios nacionales e internacionales. El apoyo profesional de ENP se ha impulsado enormemente en los últimos 5 años, con lo que se ha mejorado notablemente la calidad de las directrices prácticas. Cada ENP está contrastado con la literatura especializada actual – lo que Woodtli, en el contexto de la discusión de la validación del contenido de conceptos diagnósticos en el 1988, designa ya por sí de indicio de una validación del contenido.

Hasta ahora, existen ocho trabajos de validación del contenido y de los criterios (Berger, 2010, Hardenacke, 2007, Helmbold, 2010a, 2010b, Schmitt, 2010, Wieteck, 2006b, 2006c, 2008), otros están en elaboración (agosto 2014), entre otros relativos a la temática de los trastornos de deglución. En la prueba de validación de criterios de Berger se reprodujeron 1.931 formulaciones narrativas de planificaciones de procesos enfermeros con ENP en un entorno hospitalario. Las formulaciones provienen de trabajos de fin de estudios calificados con las notas "muy bien" o "bien". En total, el 73% de las formulaciones se pudieron reproducir completamente, el 14% de las formulaciones parcialmente y el 13% no se han podido reproducir. Resultados similares ha dado el estudio de validación de criterio de Schmitt 2010 en el campo de los cuidados intensivos neonatales (Schmitt, 2010). Los trabajos se refieren a la directriz práctica completa (= diagnóstico enfermero, características, causas, intervenciones enfermeras). Los análisis bibliográficos realizados por Helmbold también se refieren a la directriz práctica en su totalidad (Helmbold, 2010a, 2010b). El ejemplo de los diagnósticos enfermeros sobre malnutrición ilustra la elaboración y el perfeccionamiento de los diagnósticos ENP respectivos a partir de las restricciones de validez encontradas en el estudio de Hardenacke (2007) (Helmbold, 2010b).

Algunos estudios y proyectos para la evaluación de ENP se realizaron en relación con la aplicación práctica de ENP. Así, en un amplio proyecto de aplicación hospitalaria, Baltzer (2006) llega a las conclusiones de que "Las formulaciones ENP son orientadas en la práctica y comprensibles" y "Con ENP, los procedimientos enfermeros se pueden reproducir de forma completa y comprensible." (Baltzer et al., 2006, p. 9) El proyecto de evaluación del cantón de San Galo, realizado en cuatro clínicas, tuvo como meta poner a prueba el lenguaje enfermero ENP con vistas a una decisión cantonal respecto a su introducción. En ese contexto, ENP se probó en distintos centros y disciplinas especializados. Véase al respecto el informe final sobre la

Concepción y pilotaje de la introducción de ENP en hospitales y clínicas del cantón de San Galo (2006) (Kossaibati y Berthou 2006, pág. 8 y ss.). En el proyecto de evaluación, los expertos enfermeros de los centros pilotos correspondientes evaluaron los planes enfermeros documentados con ENP respecto a los criterios "revisabilidad", "guía de acción", "relevancia enfermera", "claridad", "comprensibilidad" e "integridad". "En al menos el 80% de los planes enfermeros analizados, los contenidos documentados cumplen con los criterios del análisis". (Kossaibati y Berthou 2006, pág. 41)

En un estudio de intervención se analizó si la aplicación de ENP (por entonces denominado 'Componentes de texto para la documentación del proceso enfermero') en un software repercutió en la calidad de la documentación del proceso enfermero en un centro geriátrico. Los análisis de la frecuencia y de la valencia muestran claramente efectos positivos en la calidad documental (Wieteck, 2001). En otro estudio se analizó en qué medida coinciden las "intervenciones enfermeras realmente efectuadas" (recogidas por observadores) con las "prestaciones enfermeras documentadas mediante ENP". En el estudio transversal, multicéntrico y descriptivo se evaluaron un total de 1.068 intervenciones enfermeras codificadas en 34 casos de pacientes con el método de pruebas paralelas. La coincidencia porcentual de los resultados en ambos centros se situaba por término medio en el 76%. En el estudio queda sin aclarar si, y en qué medida, el 24% de las codificaciones no correctas se debe a omisiones de parte de los enfermeros o a una falta de ítems en la parte de las intervenciones enfermeras en ENP (Wieteck, 2007b). Las evaluaciones de los datos ENP provenientes de clínicas, centros de cuidados y servicios enfermeros ambulantes se publicaron en dos estudios. Se analizaron datos ENP producidos en las documentaciones del proceso enfermero en cuanto a distintos planteamientos. En un artículo especializado, Wieteck señala que en el ejemplo presentado ENP posee la granularidad necesaria – es decir, claridad, estructura fina y selectividad – para cumplir p. ej. con los planteamientos de auditoría del estándar de expertos "úlceras" a base de la documentación diaria del proceso enfermero (Wieteck, 2009). ENP se discute igualmente en el contexto de la reproducibilidad de la prestación enfermera dentro del sistema DRG (Bartholomeyczik, Haasenritter & Wieteck, 2009). Además, se realizaron trabajos de validación con relación a las traducciones de ENP hacia el italiano, inglés y francés. Para ello existe p. ej. una colaboración con la universidad L'Aquila y con varias clínicas en Luxemburgo. Un punto muy fuerte de ENP reside en su granularidad que está a la altura de las exigencias en materia de documentación enfermera en el área de habla alemana. El intercambio de datos internacional se pudo asegurar mediante un mapeo (Wieteck, 2007c). Del mismo modo, ENP responde a las adaptaciones que la asociación alemana MDS exige en su toma de postura fundamental acerca del proceso y la documentación enfermera (MDS Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V., 2005).

En comparación con otras clasificaciones enfermeras precombinatorias, ENP clasifica diagnósticos, objetivos e intervenciones enfermeras; tras una combinación individual a base de estos elementos, se forma una directriz práctica en una estructura horizontal que ofrece a los enfermeros conocimientos especializados como ayuda en la toma de decisiones. Por tanto son difíciles las comparaciones de criterios de calidad con otros sistemas de clasificación.

6. Observaciones críticas

Actualmente ENP no está lo suficientemente completo como para comprender todos los aspectos enfermeros necesarios para la descripción de fenómenos e intervenciones enfermeras. Esto se evidencia en diferentes estudios y proyectos de evaluación. En el momento de realización del estudio (2008), un 23 % de los diagnósticos enfermeros NANDA-I no se podían reproducir mediante ENP (Wieteck 2008). Muchos de estos diagnósticos enfermeros se pueden consultar en la parte 1.3, puesto que en las actualizaciones de las versiones se tomó en cuenta ese aspecto. En este entonces, cerca del 18 % de las formulaciones en los planes enfermeros se tuvieron que completar individualmente. Esta afirmación se refiere al proceso enfermero completo (diagnósticos, objetivos e intervenciones enfermeras) (Berger, 2008, 2010, Schmitt, 2009, Wieteck, 2004b). En la amplia prueba práctica de San Galo, Kossaibati y Berthou llegan a la conclusión de que se percibe el origen alemán del lenguaje enfermero y recomiendan una helvetización para favorecer la aceptación. Estos resultados confirman, al igual que otros estudios, que ENP no está completamente establecido en todas las especialidades de la enfermería. En ciertas partes de la clasificación, se encontraron elementos de los caminos considerados como incoherentes y no correspondientes al nivel actual de la ciencia. Por este motivo se formularon los siguientes aspectos para la adaptación y eliminación de las debilidades detectadas en el proyecto en hospitales y clínicas del cantón de San Galo:

- Helvetización (lingüística y conceptual): entre otros la representación del ámbito de competencia y de la comprensión de los cuidados en Suiza y la sustitución de términos no suizos mediante un equivalente suizo;
- Actualización de los contenidos ENP (en especial toma en cuenta de literatura especializada internacional, también en otros idiomas, así como la investigación enfermera);
- Normalización del nivel de especificación;
- Compleción del contenido ENP en las áreas cuidado oncológico, cuidado transcultural, área de adicciones, aspectos psicosociales, etc. (cf. anexo 3). (Kossaibati & Berthou, 2006, p. 61)

La validez de las directrices prácticas ENP no está probada en profundidad a un nivel científico alto. Hay indicios de que algunos diagnósticos enfermeros ENP aún no están completos y se pueden mejorar (Hardenacke, 2007).

Sinopsis

Dado que el conocimiento enfermero va creciendo y cambiando constante y rápidamente, el proceso de validación de ENP también es una necesidad permanente que corre paralelo al avance del sistema. Sin embargo, no parece falso hablar de un alto grado de madurez del sistema. Indicadores para ello son tanto la aplicación actual en todos los sectores de los cuidados para representar el proceso enfermero, como las reacciones positivas de los usuarios. Otro argumento a favor de la calidad de ENP es el alto nivel de concordancia con los sistemas existentes NANDA-I y ICNP en cuanto al contenido y el hecho de que la expresividad y la claridad de los diagnósticos enfermeros ENP fueron calificadas por los expertos a un 84 % de iguales/superiores comparadas a los diagnósticos enfermeros NANDA-I (Wieteck 2008).

Bibliografie

- Arntz, R., Picht, H. & Mayer, F.** (2004). *Einführung in die Terminologearbeit* (5. Aufl. ed. Vol. Band 2). Hildesheim u. a.: Georg Olms Verlag AG.
- Bakken, S. et al.** (2000). Representing Nursing Activities within a Concept-oriented Terminological System: Evaluation of a Type Definition. *JAMIA, Journal of the American Medical Informatics Association*, 7(1), pp. 81-90.
- Baltzer, M., Baumberger, M. & Wieteck, P.** (2006). Pilotprojekt LEP Nursing 3/ENP. Abschlussbericht, Download: http://download.recom-verlag.de/pdf/Abschlussbericht%20Projekt%20ENP_LEP3.pdf.
- Bartholomeyczik, S., Haasenritter, J. & Wieteck, P.** (2009). Instrumente zur Abbildung des Pflegeaufwands in der DRG-Systematik Literaturanalyse. *eingereicht PR-Internet*, 12, pp. 669-687.
- Berger, S.** (2008). Kriteriumsvalidität von ENP. Abbildung von individuell formulierten Pflegeprozessplanungen mit ENP. *Pflegewissenschaft*, 10.
- Berger, S.** (2010). *Kriteriumsvalidität von ENP Abbildung von individuell formulierten Pflegeprozessplanungen mit der standardisierten Pflegefachsprache ENP*. Kassel: Recom Verlag.
- Bölicke, C.** (2001). Definitionen zu Standards, Richtlinien, Leitlinien und Standardpflegeplänen. *Pflege Aktuell*(2), pp. 96-99.
- Brobst, R. A. et al.** (1997). *Der Pflegeprozess in der Praxis*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Deppmeyer, C.** (1999). Vom Anspruch zur Wirklichkeit - Der Umgang mit Pflegeplanung und Pflegedokumentation. *Die Schwester/Der Pfleger*, 38(9), pp. 743-745.
- Field, M. J. & Lohr, K. N.** (Eds.). (1992). *Guidlines for clinical practice: From development to use* Washington.
- Gärtner, R.** (2006). *Von der Pflegeprozessdokumentation zur Leistungstransparenz? Überprüfung der mit ENP verbundenen LEP Nursing 3 Zeitwerte in einer orthopädischen Klinik*. (Diplom- und Prüfungsarbeit für die staatl. Abschlussprüfung), Katholische Stiftungsfachhochschule, München.
- Gärtner, R.** (2008). *Von der Pflegeprozessdokumentation zur Leistungstransparenz? Überprüfung der mit ENP verbundenen LEP Nursing 3 (beta) Zeitwerte in einer orthopädischen Klinik*. *PrInterNet/Pflegewissenschaft*, 10(06), pp. 368-373.
- Göpfert-Divivier, W., Mybes, U. & Igl, G.** (2006). Identifizierung von Entbürokratisierungspotenzialen in Einrichtungen der stationären Altenpflege in Deutschland. Abschlussbericht des Kompetenzteams im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Retrieved from http://opus.kobv.de/zlb/volltexte/2011/12150/pdf/Entbuerokratisierung_BMFSFJ.pdf (Accessed: 26.06.2014).
- Gordon, M.** (2001). *Handbuch Pflegediagnosen. Das Buch zur Praxis* (3. Auflage ed.). München, Jena: Urban & Fischer.
- Gordon, M. & Bartholomeyczik, S.** (2001). *Pflegediagnosen. Theoretische Grundlagen*. München, Jena: Urban & Fischer Verlag.
- Haag, S.** (2009a). *Effizienzoptimierung der stationären Pflege. Analyse von interventionsbezogenen Bedarfs- und Aufwandszeitwerten*. (Promotionsarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Dr. rer. pol.), Universität Trier.

- Haag, S.** (2009b). *Effizienzoptimierung der stationären Pflege: Analyse von interventionsbezogenen Bedarfs- und Aufwandszeitwerten, Edition Pflegewissenschaft Band 3* (Vol. 1). Kassel: RECOM Verlag.
- Hardenacke, D.** (2007). Die Validität dreier ENP-Pflegediagnosen am Beispiel der Mangelernährung. *PrInterNet*, 10(10), pp. 530-538.
- Helmbold, A.** (2010a). Literaturanalyse zur Körperwaschung - Ein Schritt im Validierungsprozess der ENP-Pflegediagnosen. *Pflegewissenschaft*, 02, pp. 100-107.
- Helmbold, A.** (2010b). Weiterentwicklung von ENP im Bereich Mangelernährung auf Grundlage einer Validierungsstudie und einer Literaturstudie. *Pflegewissenschaft*, 5, pp. 292-299.
- Hügli, A. & Lübcke, P.** (Eds.). (2001). *Philosophie-Lexikon* (4. Aufl. ed.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH.
- Konrad, H.** (2009). *Pneumonieprophylaxe bei Krankenhauspatienten. Analyse von Daten der Pflegeklassifikation ENP® in elektronischen Patientenakten* (G. Hoffmann Ed. Vol. Band 2). Bad Emstal: RECOM GmbH & Co. KG.
- Kossaibati, S. & Berthou, A.** (2006). *Konzeption und Pilotierung der Einführung von ENP an den Spitälern und Kliniken des Kantons St. Gallen -Schlussbericht-* (pp. 1-125): Institut de santé et d'économie (ISE).
- MDS Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V.** (2005). Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. Retrieved from [www.vdd.de/...MDS.../MDS Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation 2005.pdf](http://www.vdd.de/...MDS.../MDS_Grundsatzstellungnahme_Pflegeprozess_und_Dokumentation_2005.pdf) (Accessed: 31.07.2009).
- Mittelstraß, J.** (Ed.). (1996). *Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftstheorie Band 4: Sp-Z*. Stuttgart, Weimar: Verlag J.B. Metzler.
- Ollenschläger, G. et al.** (1999). *Leitlinien - Bedeutung, Verbindlichkeit und Qualität: Welche Problematik liegt in der Entwicklung und Einführung von Leitlinien?* (pp. 1-12). Köln: Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung.
- Schmid, B.** (2007). Homogenitätsprüfung des Pflegeaufwandes in der DRG-Fallgruppe, Erklärungsansatz zur Kostenhomogenität von DRG-Fallgruppen durch Pflegediagnosen/Pflegeaufwand. *PrInterNet*, 9(9), pp. 532-541.
- Schmitt, A.** (2009). Kriteriumsvaliditätsprüfung von ENP auf einer neonatologischen Intensivstation. *eingereicht PR-Internet*.
- Schmitt, A.** (2010). Kriteriumsvaliditätsprüfung von ENP auf einer neonatologischen Intensivstation. *eingereicht PR-Internet*, 12(4), pp. 224-232.
- Schütze, F.** (2006). *Interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Erlössicherung*. (Diplom- und Prüfungsarbeit für die staatl. Abschlussprüfung), Katholische Stiftungsfachhochschule München.
- Wieteck, P.** (2001). *Interventionsstudie zur Qualitätsentwicklung der Pflegedokumentation mit Hilfe eines EDV-gestützten Pflegeplanungsprogrammes in einer stationären Einrichtung*. (Diplomarbeit), Evangelische Fachhochschule Darmstadt, Darmstadt.
- Wieteck, P.** (2003). European Nursing care Pathways (ENP®). Pflegerische Behandlungspfade auf der Basis von praxisnahen Theorien entwickeln. *PR-InterNet*, 5(11), pp. 84-94.
- Wieteck, P.** (2004a). Ergebnisse einer quantitativen Datenauswertung mittels ENP in deutschen und österreichischen Einrichtungen ENP European Nursing care Pathways. *PrInterNet*(9), pp. 486-494.

- Wieteck, P.** (2004b). Sekundäranalyse auf inhaltliche Vollständigkeit der ENP®. In P. Wieteck (Ed.), *ENP® - European Nursing care Pathways Standardisierte Pflegefachsprache zur Abbildung von pflegerischen Behandlungspfaden Leistungstransparenz und Qualitätssteuerung im Gesundheitswesen*. Bad Emstal: RECOM Verlag, pp. 1157-1169.
- Wieteck, P.** (2006a). Arbeiten mit ENP®. Pflegeprozessdokumentation der Zukunft. *Heilberufe*, 58(11), pp. 62-63.
- Wieteck, P.** (2006b). Content Validity of ENP® Nursing Diagnoses through Cross Mapping of ICNP® Focus Terms, download: <http://www.icn.ch/id73final.pdf>. *Final Report*, pp. 1-71.
- Wieteck, P.** (2006c). ENP®-ICNP®-Crossmapping. *PrInterNet*, 08(02), pp. 109-118.
- Wieteck, P.** (2007a). Dokumentation mithilfe der standardisierten Pflegefachsprache ENP: Pflegeprozess detailliert und aktuell abbilden. *Pflegezeitschrift*, 60(5), pp. 257-259.
- Wieteck, P.** (2007b). Übereinstimmung von Interventionsdokumentationen mit tatsächlich durchgeführten pflegerischen Leistungen. *PrInterNet*, 9(2), pp. 113-120.
- Wieteck, P.** (2007c). *Validitätsprüfung ausgewählter Bestandteile der ENP® (European Nursing care Pathways). ENP® - ein Instrument zur prozessorientierten, fallbezogenen und handlungsbegründenden Pflegeprozessdokumentation*. (Doctor rerum medicinalium Dissertation), Universität Witten/Herdecke, Witten.
- Wieteck, P.** (2008). Furthering the development of standardized nursing terminology through an ENP®-ICNP® cross-mapping. *International Nursing Review*, 55(3), pp. 296-304.
- Wieteck, P.** (2009). Transfer der Expertenstandards in die Pflegepraxis. Ausblicke bezüglich des Nutzens einer elektronischen Patientenakte mit ENP. *Pflegewissenschaft*, 11(04), pp. 227-239.
- Wieteck, P.** (Ed.). (2004c). *ENP® - European Nursing care Pathways. Standardisierte Pflegefachsprache zur Abbildung von pflegerischen Behandlungspfaden* (1. Auflage ed.). Bad Emstal: RECOM Verlag.
- Wieteck, P.** (Ed.). (2013). *Praxisleitlinien Pflege, Planen und Dokumentieren auf Basis von Pflegediagnosen der Klassifikation ENP* (2. Auflage ed.). Kassel: RECOM Verlag.
- Wieteck, P., Berger, S. & Opel, B.** (2007). Wissenschaftliche Hintergründe European Nursing care Pathways. http://download.recom-verlag.de/pdf/ENP_wissenschaftliche_Hintergruende_Web_2007_de.pdf , download 2013, Mai 2007. Retrieved (Accessed).
- Wingenfeld, K. et al.** (2008, 25. März). *Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Abschlussbericht zur Hauptphase 1. Entwicklung eines neuen Begutachtungsinstruments. Überarbeitete und korrigierte Fassung vom 25. März 2008*. Studie. Bielefeld/Münster.



Contacto

RECOM GmbH & Co. KG
ENP Research and Development
Lindenstraße 17
85107 Baar-Ebenhausen
Alemania

Teléfono +49 (0) 8453 339968-4
Telefax +49 (0) 8453 332717

E-mail: info@recom.eu