

CONCEPTOS BÁSICOS: DIAGNÓSTICOS

GENERALIDADES

El diagnóstico enfermero es una fase del proceso de prestación de cuidados que implica un ejercicio deliberativo de análisis y priorización de los datos de la valoración de la persona beneficiaria de los cuidados.

En ATIC, el significado del diagnóstico enfermero deriva de la conceptualización interpretativa de los constructos metaparadigmáticos de la disciplina: persona, salud, entorno y enfermería.

El diagnóstico enfermero es el juicio clínico (o la conclusión de varios juicios) sobre el estado de salud de la persona (familia o comunidad) y sus consecuencias y reacciones, reales o de riesgo, en las distintas dimensiones del individuo y su integralidad, en el contexto de su entorno y su experiencia particular.

Este juicio se emite dentro del ámbito de la responsabilidad enfermera, que incluye también la corresponsabilidad con la persona beneficiaria de los cuidados y su entorno como sujetos activos en el proceso, y también la corresponsabilidad con otros profesionales de la salud que intervienen en el proceso de atención.

Los ámbitos de responsabilidad y corresponsabilidad en la atención a la salud y a los problemas de salud

de un individuo por parte de distintos profesionales suele ser dependiente del contexto histórico, social, económico, político y educativo, del marco legal que los ampara y del modelo de sistema sanitario imperante en cada país.

Por ello, la estructura de los conceptos básicos de la terminología ATIC, incluye en todos sus diagnósticos, un análisis de la producción científica enfermera que puede contribuir a mejorar la comprensión de los problemas de salud que las enfermeras son capaces de diagnosticar y abordar de forma autónoma y cuales requieren un ejercicio diagnóstico y un abordaje en colaboración.

Los conceptos diagnósticos de la terminología ATIC deben entenderse y emplearse considerando que el objetivo del diagnóstico enfermero es la identificación de problemas o situaciones que requieren intervención enfermera para optimizar el estado de salud y prevenir el deterioro, pero la capacidad diagnóstica individual de cada enfermera depende de su expertía clínica.

En las personas sanas o con estados de salud relativa, el objetivo del diagnóstico es la preservación de la salud, la prevención de enfermedades y el restablecimiento del estado previo. En las personas enfermas,

el objetivo del diagnóstico enfermero es la prevención de complicaciones o de su progresión y la promoción del restablecimiento o la consecución del mejor estado de salud posible. En las personas en situación de final de vida, el objetivo del diagnóstico es la prevención y la paliación del sufrimiento.

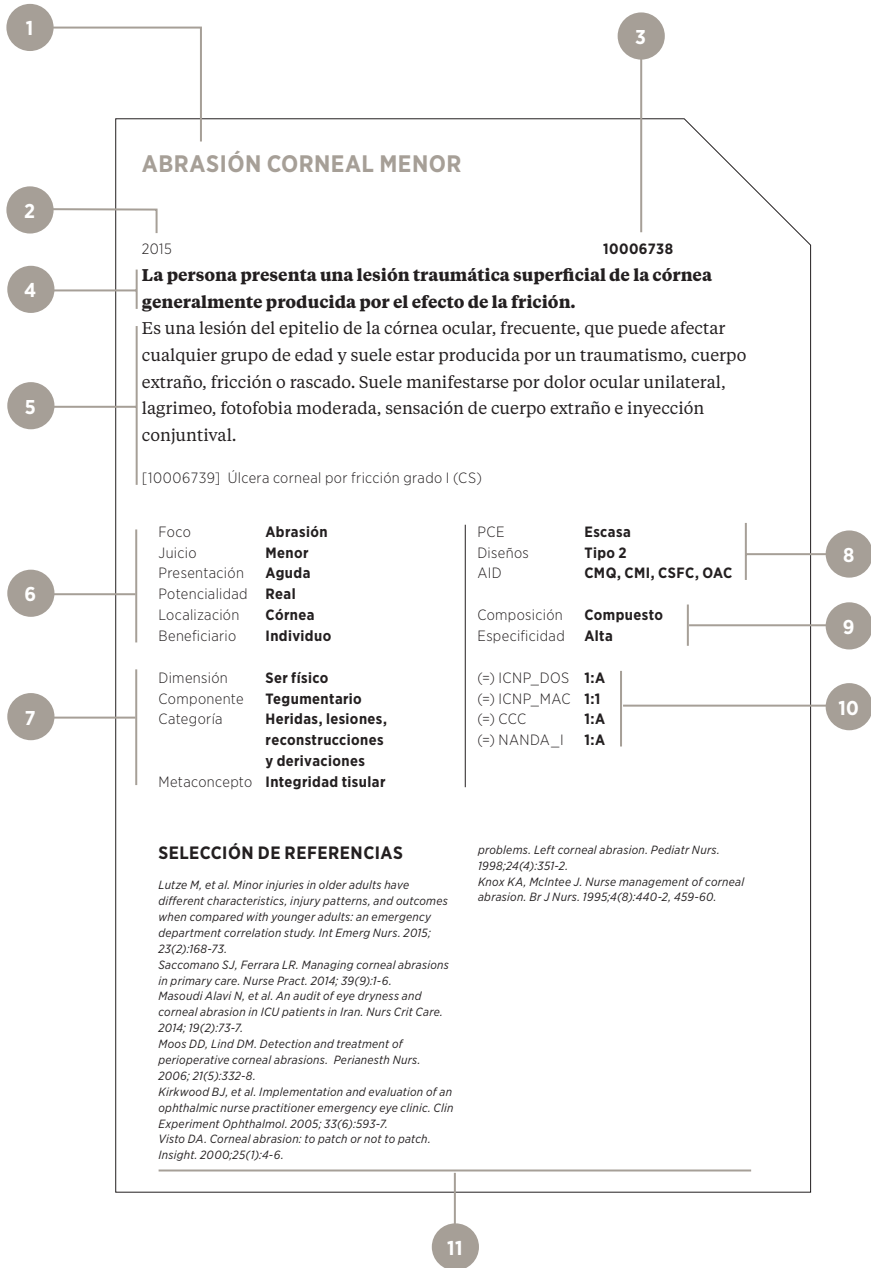
El elemento prevención es un pilar esencial en el concepto diagnóstico enfermero y, a su vez, longitudinal en cualquier situación de salud: prevención de conductas de riesgo, enfermedades o lesiones (prevención primaria), y detección precoz de enfermedades y complicaciones para impedir o enlentecer su progresión (prevención secundaria y terciaria) y evitar discapacidades y pérdida de autonomía. La prevención implica la vigilancia (valoración) del estado de salud de la persona (grupo o comunidad), en cualquier ámbito de la práctica enfermera, el cribado y la identificación temprana (diagnóstico) de factores de riesgo, enfermedades y complicaciones y las medidas terapéuticas y cuidadoras (intervención) para evitar su desarrollo, agravamiento o repetición.

Los diagnósticos enfermeros en ATIC deben emplearse siempre que sea posible desde esta óptica, esto es, valorado el estado de salud y analizadas todas

las variables, parámetros y sus interrelaciones, el diagnóstico debe representar la conclusión del proceso deliberativo en términos de anticipación al problema/s que pueden desarrollarse.

Esta máxima es consistente con una concepción no lineal del proceso de atención. La observación o detección de una manifestación o de un factor de riesgo no debe asignarse de manera automática a un concepto diagnóstico, excepto en el caso de enfermeras principiantes en fase de aprendizaje de los ejercicios deliberativos.

El eje diagnóstico de la terminología ATIC contiene, en la versión actual, 1148 términos para representar diagnósticos enfermeros con 603 términos preferentes y 427 sinónimos y 118 cuasi-sinónimos. Todos los conceptos básicos del eje diagnóstico se presentan con un formato uniforme según la figura siguiente:



1

TÉRMINO

Denominación preferente del diagnóstico

2

AÑO

Fecha de la última revisión del concepto.

3

CÓDIGO

Código unívoco identificador de 8 cifras, acontextual.

4

DEFINICIÓN

Significado del constructo

5

CONOCIMIENTO ASERCIONAL

Información complementaria o que añade contexto sobre datos epidemiológicos, factores de riesgo, factores relacionados, manifestaciones, orientaciones para el diagnóstico diferencial o referencias a términos en la misma red conceptual.

[S]

Términos conceptualmente equivalentes

[CS]

Términos conceptualmente cuasi-equivalentes, que contienen algún matiz o atributo diferenciador.

[SS]

Sin sinónimos

6

DISECCIÓN O ATOMIZACIÓN DEL CONCEPTO

Deconstrucción del concepto en sus elementos esenciales según las recomendaciones internacionales (ISO). Ver también el apartado *Conceptos atómicos*.

FOCO

Objeto o fenómeno de interés (puede tener implícito el juicio).

JUICIO

Representación de la emisión de opinión o criterio sobre el foco.

PRESENTACIÓN

Forma de producción y curso que toma: aguda, subaguda, crónica o a especificar.

POTENCIALIDAD

Existencia en forma real o de riesgo.

LOCALIZACIÓN

Ubicación, zona o área que implica o afecta.

BENEFICIARIO

Persona o grupo afectada por el foco.

7

ELEMENTOS ESTRUCTURALES

Agrupadores. Véase también el apartado *Estructura del eje diagnóstico*.

DIMENSIÓN

Elemento estructurante que agrupa los diagnósticos en 7 entidades de 2 dominios: persona y entorno.

COMPONENTE

Elemento estructurante que agrupa los diagnósticos en 24 partes de las distintas dimensiones.

CATEGORÍA

Elemento estructurante que agrupa los diagnósticos en 14 tipologías abstractas de atributos.

METACONCEPTO

Elemento estructurante que agrupa los diagnósticos en campos conceptuales de elevada abstracción. Los metaconceptos pueden emplearse como nodos de conocimiento entre diferentes vocabularios de la disciplina enfermera y con otras disciplinas de las ciencias naturales y sociales.

8

EVIDENCIA CIENTÍFICA

Investigación disciplinaria en relación al concepto, que permite delinear su madurez y orientar sobre los ámbitos de responsabilidad y corresponsabilidad

PRODUCCIÓN CIENTÍFICA ENFERMERA (PCE)

Volumen de publicaciones de estudios de investigación en relación al concepto de interés en los últimos 20 años, realizados o participados por enfermeras, según la base de datos de la *National Library of Medicine* (www.pubmed.gov).
Categorizado como:
Abundante, Moderada, Escasa y Nula.

TIPOS DE DISEÑOS (DISEÑOS)

Clasificación de los estudios sobre el concepto según su diseño, en tres tipologías inclusivas, es decir la mayor contiene la/s inferior/es:

—Tipo 1: Estudios de casos, series de casos, revisiones y análisis de conceptos.

—Tipo 2: Diseños observacionales descriptivos, estudios de validación, diseños cualitativos.

—Tipo 3: Diseños analíticos, ensayos clínicos, estudios meta-analíticos y meta-síntesis cualitativos.

ÁREAS DE INTERÉS DISCIPLINAR (AID)

Categorización de los estudios en función de los ámbitos de la práctica enfermera:

—Cuidados medico-quirúrgicos (CMQ)

Ámbito de los cuidados a la persona en situación de enfermedad aguda, semicrítica y crítica, reagudización de una enfermedad crónica mayor y situaciones de urgencia y emergencia.

—Cuidados materno infantiles y pediátricos (CMI)

Ámbito de los cuidados a la mujer en el embarazo, parto y puerperio, al neonato y a los niños de cualquier edad incluida la adolescencia.

—Cuidados de la salud familiar y comunitaria (CSFC)

Ámbito de los cuidados de salud en familia, en el domicilio, en la comunidad, la salud en la escuela y la salud penitenciaria.

—Cuidados de la salud mental (CSM)

Ámbito de los cuidados a las personas con trastornos mentales agudos o crónicos.

—Otras áreas de cuidados (OAC)

Ámbito de los cuidados desde la óptica de la ética, la gestión, el desarrollo teórico, la docencia y otros ámbitos disciplinares no especificados en ninguna de las áreas de interés anteriores.

9

ATRIBUTOS

Características de la estructura del concepto.

COMPOSICIÓN

Forma de construcción del término que designa preferentemente el concepto. Categorizado en:

—Simple

La denominación del concepto se representa con un sólo término.

—Compuesto

La denominación del concepto se representa con múltiples términos.

ESPECIFICIDAD

Nivel de abstracción del concepto.

—Alta

Concepto con múltiples especificaciones, cercano o equivalente a un concepto terminal.

—Media

Concepto con alguna especificación, pero que todavía puede ser más concreto.

—Baja

Concepto poco especificado, más bien abstracto y cercano a un metaconcepto.

10

MAPEO

Equivalencias de los conceptos, independientemente del término que los representan, con los conceptos de las clasificaciones:

(=) ICNP_DOS
INTERNATIONAL
CLASSIFICATION FOR
NURSING
PRACTICE
del Consejo Internacional
de Enfermeras,
Rama diagnóstica

(=) ICNP_MAC
INTERNATIONAL
CLASSIFICATION FOR
NURSING PRACTICE
del Consejo
Internacional
de Enfermeras.,
Múltiples ejes.

(=)CCC
CLINICAL CARE
CLASSIFICATION
de la Dra. Virginia K. Saba

(=)NANDA_I
Clasificación de la *North
American Nursing Diagnosis
Association International*.

Códigos de mapeo:

-1:1

Concepto diagnóstico de ATIC que encuentra equivalente conceptual idéntico en la clasificación de referencia.

-1:0

Concepto diagnóstico de ATIC que no tiene ningún equivalente conceptual idéntico en la clasificación de referencia.

-1:A

Concepto diagnóstico de ATIC que encuentra un equivalente conceptual más abstracto en la clasificación de referencia.

-1:E

Concepto diagnóstico de ATIC que tiene un equivalente conceptual más específico en la clasificación de referencia.

-1:N

Concepto diagnóstico de ATIC que encuentra múltiples conceptos equivalentes pero más específicos en la clasificación de referencia.

11

SELECCIÓN DE REFERENCIAS

Conjunto de citas bibliográficas de estudios publicados en revistas científicas indexadas, de la disciplina enfermera y de otras disciplinas de la salud, que se han empleado para la construcción, el desarrollo o el análisis de cada concepto diagnóstico y que, a su vez, se han utilizado para establecer el análisis de la evidencia científica, en términos de producción y tipos de estudios, que sirve de apoyo para explicar porqué es un concepto disciplinar que puede considerarse un diagnóstico enfermero. En algunos casos, las referencias que se citan en el texto son todas las que se han localizado, una vez analizado como mínimo el resumen de cada artículo. En otros, se han utilizado más referencias de las que se presentan que, por cuestión de economía de espacio de esta publicación, se han obviado en el texto, pero que pueden ser descargadas de la página web de ATIC: www.atic.com.es. Las referencias se presentan por orden de año de publicación, de más actual a menos. Se emplea un sistema de citación que se asemeja al sistema Vancouver, pero también por razones de economía de espacio, sólo se cita al primer autor. En caso de dos autores, se citan a los dos. En caso de múltiples autores, se cita al primero y se añade el acrónimo *et al.*

DIAGNÓSTICOS

A

ABRASIÓN CORNEAL MENOR

2015

10006738

La persona presenta una lesión traumática superficial de la córnea generalmente producida por el efecto de la fricción.

Es una lesión del epitelio de la córnea ocular frecuente, que puede afectar a cualquier grupo de edad y suele estar producida por un traumatismo, cuerpo extraño, fricción o rascado. Se manifiesta por dolor ocular unilateral, lagrimeo, fotofobia moderada, sensación de cuerpo extraño e inyección conjuntival.

[10006739] Úlcera corneal por fricción grado I (CS)

Foco	Abrasión	PCE	Escasa
Juicio	Menor	Diseños	Tipo 2
Presentación	Aguda	AID	CMQ, CMI, CSFC, OAC
Potencialidad	Real	Composición	Compuesto
Localización	Córnea	Especificidad	Alta
Beneficiario	Individuo	(=) ICNP_DOS	1:A
Dimensión	Ser físico	(=) ICNP_MAC	1:1
Componente	Tegumentario	(=) CCC	1:A
Categoría	Heridas, lesiones, reconstrucciones y derivaciones	(=) NANDA_I	1:A
Metaconcepto	Integridad tisular		

SELECCIÓN DE REFERENCIAS

Lutze M, et al. Minor injuries in older adults have different characteristics, injury patterns, and outcomes when compared with younger adults: an emergency department correlation study. *Int Emerg Nurs.* 2015; 23(2):168-73.

Saccomano SJ, Ferrara LR. Managing corneal abrasions in primary care. *Nurse Pract.* 2014; 39(9):1-6.

Masoudi Alavi N, et al. An audit of eye dryness and corneal abrasion in ICU patients in Iran. *Nurs Crit Care.* 2014; 19(2):73-7.

Moos DD, Lind DM. Detection and treatment of perioperative corneal abrasions. *Perianesth Nurs.* 2006; 21(5):332-8.

Kirkwood BJ, et al. Implementation and evaluation of an ophthalmic nurse practitioner emergency eye clinic. *Clin Experiment Ophthalmol.* 2005; 33(6):593-7.

Visto DA. Corneal abrasion: to patch or not to patch. *Insight.* 2000;25(1):4-6.

Rupp-Montpetit K, Moody ML. Visual loss as a complication of nonophthalmologic surgery: a review of the literature. *AANA J.* 2004;72(4):285-92.

Belkengren R, Sapala S. Pediatric management problems. Left corneal abrasion. *Pediatr Nurs.* 1998;24(4):351-2.

Knox KA, McIntee J. Nurse management of corneal abrasion. *Br J Nurs.* 1995;4(8):440-2, 459-60.

RIESGO DE ABRASIÓN CORNEAL

2013

10000014

La persona es vulnerable y/o presenta factores de riesgo de experimentar una lesión traumática superficial de la córnea generalmente producida por el efecto de la fricción.

Los factores de riesgo de abrasión corneal incluyen: la ausencia o disminución de los reflejos de protección, cualquier situación que impida la actividad del párpado, la excesiva exposición a radiaciones ultravioletas, el contacto con polvo o arena, y el uso excesivo o incorrecto de lentes de contacto.

[10005689] Riesgo de úlcera corneal por fricción (CS)

Foco	Abrasión	PCE	Escasa
Juicio	Implícito	Diseños	Tipo 3
Presentación	Aguda	AID	CMQ, CMI, OAC
Potencialidad	Riesgo	Composición	Compuesto
Localización	Córnea	Especificidad	Media
Beneficiario	Individuo	(=) ICNP_DOS	1:A
Dimensión	Ser físico	(=) ICNP_MAC	1:1
Componente	Tegumentario	(=) CCC	1:A
Categoría	Heridas, lesiones, reconstrucciones y derivaciones	(=) NANDA_I	1:1
Metaconcepto	Integridad tisular		

SELECCIÓN DE REFERENCIAS

Werli-Alvarenga A, et al. Nursing interventions for adult intensive care patients with risk for corneal injury: a systematic review. *Int J Nurs Knowl.* 2013 24(1):25-9.

Ezra DG, et al. Randomised trial comparing ocular lubricants and polyacrylamide hydrogel dressings in the prevention of exposure keratopathy in the critically ill. *Intensive Care Med.* 2009 35(3):455-61.

So HM, et al. Comparing the effectiveness of polyethylene covers (Gladwrap) with lanolin (Duratears) eye ointment to prevent corneal abrasions in critically ill patients: a randomized controlled study. *Int J Nurs Stud.* 2008 45(11):1565-71.

Moos DD, Lind DM. Detection and treatment of perioperative corneal abrasions. *J Perianesth Nurs.* 2006 21(5):332-8

Visto DA. Corneal abrasion: to patch or not to patch. *Insight.* 2000; 25(1):4-6.

Belkengren R, Sapala S. Pediatric management problems. Left corneal abrasion. *Pediatr Nurs.* 1998 24(4):351-2.

Knox KA, McIntee J. Nurse management of corneal abrasion. *Br J Nurs.* 1995 4(8):440-2, 459-60.