

Metodología para la generación de indicadores de salud en la determinación de resultados intermedios de salud dependientes de los cuidados

Care problems diagnosis in nursing: methodology for the establishment of health indicators

Autores: Alexandra González Aguña (1), Marta Fernández Batalla (2), Jorge Luis Gómez González (3), María Lourdes Jiménez Rodríguez (4), José María Santamaría García (5), Antonio Arribas Cachá (6).

Dirección de contacto: alexandra.glez.aguna@gmail.com

Cómo citar este artículo: González Aguña A, Fernández Batalla M, Gómez González JL, Jiménez Rodríguez ML, Santamaría García JM, Arribas Cachá A. Metodología para la generación de indicadores de salud en la determinación de resultados intermedios de salud dependientes de los cuidados. NURE Inv [Internet]. May-Jun 2014 [citado día mes año]; 11(68):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/NURE70_MPC_indicadores.pdf

Resumen

El presente artículo muestra cómo se ha llegado a construir un método para la elaboración de indicadores de salud dependientes de los cuidados en relación a situaciones de salud concretas.

Una situación de salud nueva (como Factor Básico Condicionante y al activar los Requisitos de Autocuidado de Desviación de la salud) provoca en el paciente alteraciones en su Agencia de Autocuidado y/o en la Demanda de Autocuidado. Estas alteraciones agencia-demanda son traducidas en Déficit de Autocuidado, y finalmente, en etiquetas diagnósticas que permiten delimitar resultados de cuidados.

La disciplina enfermera, como encargada del cuidado, debe ser evaluada mediante un conjunto de indicadores que midan la propia actividad profesional desde la visión propia y específica de la disciplina. En este sentido, la profesión enfermera toma como eje central de su labor los diagnósticos de enfermería, y más específicamente las etiquetas diagnósticas, que sirven de soporte para la elección y utilización de los resultados de enfermería como indicadores y resultados intermedios de salud dependientes de los cuidados.

Palabras clave

Investigación Metodológica en Enfermería, Diagnóstico de Enfermería, Teoría de Enfermería, Auditoría de Enfermería, Indicadores de Servicios.

Abstract

This article shows how has come to be build a method for the development of dependent indicators of health care in relation to specific health situations.

A new health situation (such as Basic Conditional Factor and activating Self-Care Requirements of Health Deviation) results in alterations in patient self-care agency and / or Self-Care Demand. These disturbances agency-demand translates them into self-care deficit, and finally, in diagnostic labels allowing care outcomes delimit.

The nursing discipline, as responsible for the care, should be evaluated by set indicators that measure the professional activities from their own specific vision of the discipline. In this sense, nursing profession takes as central axis of their work nursing diagnoses and more specifically the diagnostic labels, which act as a support for the selection and utilization of nursing outcomes as indicators as well as intermediate health outcomes depending on care.

Key words

Nursing Methodology Research, Nursing Diagnosis, Nursing Theory, Nursing Audit, Indicators of Health Services.

- Centro de Trabajo:**
- (1) Enfermera. Hospital Universitario Príncipe de Asturias.
 - (2) Enfermera Especialista Interna Residente. Unidad Docente Este de la Comunidad de Madrid.
 - (3) Enfermero documentalista. Doctor por la Universidad de Alcalá. Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Alcalá.
 - (4) Matemática. Doctora por la Universidad de Alcalá. Departamento de Ciencias de la Computación. Universidad de Alcalá.
 - (5) Enfermero. Doctor por la Universidad de Alcalá. Director Cátedra Inés Novellón de la Universidad de Alcalá. Centro de Salud Meco.
 - (6) Enfermero. Fundación para el Desarrollo de la Enfermería (FUDEN).

Introducción

Este trabajo de investigación tiene por objetivo la elaboración de un método seguro de elaboración de indicadores de salud relacionados con el cuidado profesional de Enfermería que permitan disponer de resultados finales e intermedios dependientes de los cuidados en los procesos de salud. Estos indicadores van a servir para medir la efectividad de los servicios de cuidados prestados a la población, por lo que podrá obtenerse un reflejo de la situación de salud de la comunidad en relación al mantenimiento y promoción de la salud.

Con este fin se exponen en este primer apartado una serie de conceptos que serán fundamentales para comprender posteriormente el método resultante.

Indicadores de Salud

Un indicador es aquel *“que indica o sirve para indicar”* (1), entendiendo por *indicar “mostrar o significar algo con indicios y señales”* (1). Mientras que la definición de *salud*, que ha ido evolucionando con el tiempo, actualmente se toma del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) donde se concibe como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”* (2).

En este sentido, los indicadores de salud son el medio que va a permitir estudiar todas las características que ponen de manifiesto la magnitud de problemas de salud, y por ende, cambios en el nivel de salud de la población a lo largo de un periodo de tiempo (3). La medición, almacenaje y tratamiento de los datos obtenidos a partir de este tipo de indicadores permiten obtener una fotografía de la población estudiada en relación a cuestiones de salud; fotografías en distintos momentos de tiempo que unidas construyen una imagen dinámica que muestra la evolución.

El análisis de las imágenes, tanto estática como dinámica, permite a los servicios sanitarios conocer la situación real de la comunidad para la que trabajan y, además, posibilita discernir su futura evolución.

Si esta información se relaciona con la intervención desde los servicios sanitarios puede evaluarse la efectividad de las acciones realizadas al quedar reflejados los resultados en relación a la salud de la población. Asimismo, el alcance de los objetivos planteados dentro de un programa puede ser evaluado mediante los indicadores de salud relacionados.

La cuestión radica entonces en determinar la construcción de indicadores que muestren todas y cada una de las distintas áreas enumeradas en la definición de *salud* de la OMS (2). Mientras los indicadores que hacen referencia a la enfermedad y sus repercusiones, (morbilidad, mortalidad, utilización de recursos, gasto, etc.) están ampliamente desarrollados; los indicadores vinculados a la primera parte de la definición, al *“estado de completo bienestar físico, mental y social”*, apenas tienen representación en los estudios realizados hasta la fecha en España. Muestra de ello puede observarse en la Base de Datos proporcionada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad sobre Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (4).

El Cuidado y la disciplina de Enfermería

Retomando de nuevo la primera parte de la definición de salud de la OMS, aquella donde se describe como un *“estado de completa bienestar físico, mental y social”* (2), el siguiente paso sería enumerar los distintos indicadores que abordan esta compleja perspectiva. Sin embargo, como se ha señalado anteriormente, en España los estudios encontrados hasta la fecha centran más su atención y esfuerzos en la elaboración y estudio de indicadores que abordan el proceso de enfermedad y sus consecuencias (4). Todos ellos vinculados al fragmento final de la definición: *“y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”* (2).

La construcción de indicadores que sirvan para medir el bienestar físico, mental y social lleva aparejado una perspectiva en positivo de la salud, un acto para el mantenimiento y fomento del nivel de salud individual y poblacional. Por este motivo, resulta necesario exponer previamente el concepto de Cuidado.

La Real Academia Española de la Lengua (RAE) define cuidado en su segunda acepción como *“Acción de cuidar”*, atendiendo el término cuidar a *“Asistir. Guardar, conservar”* (1) Sin embargo, para la definición de cuidado en Enfermería una definición más completa es la aportada por Marie Françoise Collière en su libro *Promover la vida* (5). Collière define cuidado, aplicado hacia uno mismo o por parte de terceros, como:

“Un acto de mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables, pero que son diversas en su manifestación. Las diferentes posibilidades de responder a estas necesidades vitales crean e instauran hábitos de vida propios de cada grupo o persona”.

A la postre, el cuidado se trata de un conjunto de hábitos de vida que de ser adecuados y mantenidos en el tiempo permiten mantener la vida, y con ello, la satisfacción de las distintas necesidades. Cuestión que enlaza con la idea de bienestar físico, mental y social que permite mantener o incluso aumentar la propia satisfacción, puesto que como indica la RAE (1) el bienestar es un *"conjunto de las cosas necesarias para vivir bien"*.

En este sentido, el cuidado es responsabilidad de la disciplina enfermera. Entendiendo por enfermería un *"profesión y titulación de la persona que se dedica al cuidado y atención de enfermos y heridos, así como a otras tareas sanitarias, siguiendo pautas clínicas"* o, más enfocado en la academia como un *"conjunto de estudios requeridos para conseguir esta titulación"* (1).

El cuidado no es simplemente tratado por la enfermería sino que es el epicentro de esta disciplina y profesión. La enfermería es ciencia y arte al mismo tiempo: ciencia al plantearse el porqué del cuidado y arte al abordar cómo se aplica en la clínica (6).

Agencia de autocuidado y Demanda terapéutica

La enfermería aborda el cuidado de las personas, y en consecuencia, los problemas de cuidado que puedan presentar a consecuencia de una inadecuada respuesta a las necesidades que se le presentan en su vida. Cuestión a parte sería ahondar en el porqué de no responder de forma adecuada a dichas demandas.

Estos fenómenos se comprenden mediante el conocimiento expresado por Dorothea Orem en su *Teoría General del Déficit del Autocuidado*, que comprende a su vez tres teorías interrelacionadas: Teorías del Autocuidado, Teoría del Déficit de Autocuidado y Teorías de los Sistemas de Enfermería (7).

La *Teoría del Autocuidado* define los conceptos de Factores Condicionantes Básicos, Autocuidado, Requisitos de Autocuidado, Agencia de Autocuidado, Agencia de Cuidado dependiente y Demanda de Autocuidado (terapéutico) (7, 8):

- **Factores condicionantes básicos (FCB):** conjunto de factores propios de la persona o del entorno donde vive que van a influir tanto en las capacidades para autocuidarse, como en la posibilidad de satisfacer adecuadamente el cuidado de las personas que dependen de ella. Influyen

do no solo en la agencia de autocuidado sino además en la demanda puesto que estos condicionantes van a alterar la satisfacción de los propios requisitos. Los FBC son: edad, sexo, estado de desarrollo, situación de salud, orientación sociocultural, factores del sistema familiar, estilo de vida, factores ambientales, disponibilidad y adecuación de recursos.

- **Autocuidado:** conducta aprendida en contexto sociocultural que supone un conjunto de actividades llevadas a cabo deliberadamente por un individuo para mantener y promocionar su vida, salud y bienestar. Este acto supone tomar conciencia (capacidad cognitiva), tomar la decisión (motivación) y ejecutar la acción (aptitud).
- **Requisitos de Autocuidado:** reflexión formulada y expresada sobre acciones cuyo objetivo es lograr las condiciones precisas y necesarias para la regulación del funcionamiento y desarrollo humano. Existen tres tipos de requisitos: de *Autocuidado Universales* que se dirigen a mantener las necesidades vitales, de *Autocuidado del desarrollo* que aparecen en periodos concretos del ciclo vital (enlazado con los FBC de edad y estado de desarrollo) y los de *Autocuidado de desviación de la salud* específicos en situaciones concretas de salud derivadas de un proceso de enfermedad, tratamiento y diagnóstico médico.
- **Agencia de Autocuidado (AgAc):** compleja combinación aprendida por las personas de conocimientos, destrezas, habilidades y motivaciones que permiten llevar a cabo el autocuidado ante las diferentes demandas que se presenten. Cuando el cuidado es brindado a otros se habla de Agencia de Cuidado dependiente (AgCd) que se entiende por la compleja habilidad adquirida por personas maduras o en proceso de maduración para conocer y satisfacer parcial o totalmente la demanda de autocuidado que presentan terceros por limitaciones en su agencia por cuestiones relacionadas con la salud.
- **Demanda de Autocuidado (terapéutico) (DAc):** Conjunto de medidas o actividades de cuidados necesarias en un momento específico o durante un periodo de tiempo para satisfacer los requisitos de autocuidado y cubrir así la demanda generada. Una variación de alguno de los FBC produce una modificación en la demanda y, por tanto, las acciones de cuidado habitualmente apropiadas pueden ser insuficientes ante la nueva situación.

Dentro del modelo propuesto por Orem, la **Teoría del Déficit de Autocuidado** expone la relación teórica por la que se generan situaciones de limitación del cuidado, denominándose dicha incapacidad Déficit de Autocuidado (DfAc). El desequilibrio se produce cuando la demanda de autocuidado es mayor que la agencia de autocuidado del individuo o esta limitación no se ve compensada por la agencia de cuidado dependiente de su cuidador (**Figura 1**). Donde ambas agencias puede ser deficitarias bien por carencia de conocimientos, capacidad y/o motivación.

$$\text{DfAc} \Rightarrow [\text{DAc} > (\text{AgAc} \otimes \text{AcCd})]$$

Figura 1. Déficit de Autocuidado (8).

A la postre, los problemas de cuidado abordados por enfermería serán los resultantes de la declaración de una situación de déficit de autocuidado en cualquiera de las áreas física, mental o social, ya juntas comprenden el conjunto de necesidades que deben satisfacerse para mantener la vida (5).

Metodología enfermera

La maestra Kérouac (6) expone, como se indicó anteriormente, que la Enfermería es a la vez ciencia y arte: ciencia cuando se pregunta sobre el porqué del cuidado y arte al plantear cómo aplicar dichos cuidados. En pos de esta diferenciación, la disciplina enfermera ha desarrollado modelos conceptuales que explican la esencia del cuidado, el porqué, y modelos profesionales que describen cómo aplicar los cuidados en base a la fundamentación conceptual propuesta en los modelos primero citados.

Ejemplo de los modelos conceptuales es el desarrollado por Dorothea Orem (7) que antes se empleó para exponer la visión de porqué se producen carencias en la satisfacción del cuidado propio o de terceros que son cuidados, y que hacen esencial la existencia de enfermería.

Los modelos profesionales nacen *“como necesidad de llevar a la práctica los principios definidos en los modelos conceptuales del cuidado”* (9), para lo que explican en términos generales cómo se realizan

los cuidados mediante un arquetipo que muestra la metodología enfermera. En este sentido, el término metodología se entiende como un *“conjunto de métodos que se siguen en una investigación científica”* (1) donde método es el *“modo de obrar o proceder”* o *“procedimiento que se sigue en las ciencias para hallar la verdad y señalarla”* (1)

La metodología enfermera se identifica con el designado Proceso de Atención de Enfermería (PAE). El PAE supone un método que permite a las enfermeras planificar y prestar cuidados de forma racional, lógica y sistemática (9) Esta metodología es un *“método sistemático y organizado de trabajo que, desarrollado dentro del marco conceptual delimitado por los modelos disciplinares del cuidado mediante conocimientos contrastados y lenguaje normalizado, permite garantizar la efectividad de los cuidados de enfermería prestados a la población, siguiendo la estructura del método científico”* (9)

Concretamente el PAE es un proceso sistemático y estructurado bajo un orden lógico de cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. (10).

Fases todas ellas que tienen asociado un lenguaje normalizado por el cual se pueden implementar los planes de cuidados computacionalmente en historias clínicas de formato electrónico.

La fase de valoración mediante el lenguajes desarrollado por CENES (Conocimiento Enfermero Estandarizado), la fase diagnóstica mediante NANDA (North American Nurses Diagnosis Association), la planificación de criterios de resultado mediante NOC (Nursing Outcomes Classification) y la intervenciones a ejecutar a través de NIC (Nursing Interventions Classification)

Diagnóstico de enfermería

Si la fase de valoración es el punto de partida fundamental que identifica las variables necesarias para conocer los signos y/o síntomas que definen un problema de cuidados y el origen dicho problema, del déficit de autocuidado; el diagnóstico de enfermería es el núcleo central de toda la metodología (11).

Aunque, el término **diagnóstico de enfermería** se remonta a 1953, cuando V. Fry lo introduce por primera vez para describir un paso imprescindible en el desarrollo de planes de cuidados, no es hasta la *Ninth Conference of the North American*

Nursing Diagnosis Association (NANDA) en marzo de 1990 cuando se estableció una definición oficial. La definición de *diagnóstico de enfermería* publicada es:

Nursing diagnosis is a clinical judgment about individual, family, or community responses to actual or potential health problems/life processes. Nursing diagnosis provides the basis for selection of nursing interventions to achieve outcomes for which the nurse is accountable.

Cabe diferenciar someramente tres términos que por parecidos pueden aplicarse en algunas ocasiones indistintamente no representando la misma conceptualización. Estos términos son: fase diagnóstica, diagnóstico y etiqueta diagnóstica. La fase diagnóstica es un proceso de razonamiento que va desde las premisas de las variables a la emisión de un juicio clínico. El diagnóstico es un *"enunciado o conclusión en relación con la naturaleza de un fenómeno"* (11), donde el enunciado es la etiqueta diagnóstica y la naturaleza del fenómeno es descrita mediante las variables que indican la causa y la sintomatología.

Legislación: el conjunto mínimo de datos de la historia clínica

La legislación española ha venido regulando la profesión de Enfermería desde distintas perspectivas.

En el ámbito académico, la Orden CIN/2134/2008 *"por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habilitan para el ejercicio de la profesión de Enfermero"* (12) determina que los estudiantes de Grado en Enfermería deben demostrar haber alcanzado la capacidad para planificar y prestar cuidados.

Respecto al desarrollo profesional en la clínica, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, (13) sobre la autonomía del paciente establece que la historia clínica incorporará toda aquella información sanitaria trascendental sobre la persona sobre la que versa. En este sentido, el Real Decreto 1093/2010 regula el conjunto mínimo de datos que deben aparecer en los informes clínicos del Sistema Nacional de Salud (14). Entre estos datos, en el Anexo VII, se estipulan los datos referentes al Informe de cuidados de enfermería donde destacan para este artículo: diagnóstico de enfermería en lenguaje NANDA, criterios de resultado en lenguaje NOC y criterios de intervención con NIC.

Material y métodos

La metodología seguida durante este estudio es de tipo deductivo basado en la adquisición del conocimiento mediante las técnicas de extracción y educación.

La extracción de conocimientos desde fuentes bibliográficas como pueden ser manuales de consulta, libros, tesis o artículos científicos. La educación del conocimiento precisa de la intervención humana por parte de especialistas en este campo para así poder obtener sus conocimientos sobre los problemas de cuidado y sobre la adecuación de la propia metodología construida.

El objeto de estudio es la metodología para la construcción de indicadores de salud.

Resultados

El resultado de la investigación da lugar a la construcción de una metodología para la elaboración de indicadores de salud relacionados con el bienestar físico, mental y social, y, por ende, con el cuidado llevado a cabo por la profesión enfermera.

La metodología resultante se describe a continuación en una serie de pasos ordenados consecutivamente:

1) Selección de un problema de salud

El primero de los pasos del método propuesto es seleccionar un problema de salud concreto que va a establecer una *situación de salud* definida y característica para la persona que debe afrontar retos de cuidado específicos.

La metodología para la elaboración de indicadores de salud propuesta en este trabajo está orientada a la medición de la efectividad obtenida mediante la intervención del cuidado profesional de Enfermería ante una situación concreta de salud.

Si bien pudiera haberse seleccionado otro punto desde el cual iniciar la metodología para la construcción de indicadores, los problemas de salud representan a la vez dos cuestiones.

En primer lugar, los problemas de salud han venido siendo utilizados como puntos de referencia o marco sobre el que trabajar en la construcción de indicadores; como bien demuestran las estadísticas Sanitarias en España (3,4) que han estado principalmente centradas en la parte de la definición de salud que hace referencia a la enfermedad (1).

Por otra parte, los problemas de salud corresponden con la situación de salud de los individuos que está incluida en los Factores Básicos Condicionantes y, además, dichos problemas caracterizan los Requisitos de Autocuidado de Desviación de la salud (7).

Dorothea Orem en su *Teoría General del Déficit de Autocuidado* (7) describe los FBC entre los que se encuentra la situación de salud. El resto de FBC, si bien son fundamentales para conocer y abordar cada caso particular, en esta investigación no son objeto de interés. Por este motivo el método propuesto parte de la premisa de una situación estándar donde no van a intervenir el resto de FBC, que sí deben ser incluidos en el estudio la agencia y demanda de cada persona a nivel individual. Por tanto, la alteración de la agencia y la demanda mostrada mediante este método es un supuesto de mínimos acotado tan solo a la situación de salud. La inclusión del resto de FBC van a provocar cambios en ambos sentidos con la consiguiente aparición de nuevos resultados a estudiar y, a la postre, nuevos indicadores.

Respecto a los Requisitos de Autocuidado de Desviación de salud anteriormente descritos queda patente que reflejan acciones concretas de cuidado a realizar debido a una patología.

Los FBC caracterizan o activan cada uno de los tres tipos de requisitos de autocuidado y concretamente el FBC de situación de salud es esencial para la consideración de los requisitos de desviación de la salud.

Así pues, durante este primer paso del método se selecciona una situación de salud (problema de salud o patología) como objeto de estudio. Ejemplo de situación de salud puede ser la cardiopatía isquémica, la Diabetes Mellitus, la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) o el embarazo.

Todos ellos suponen una situación de salud que por sí mismas van a modificar la demanda de cuidados y la capacidad que presenta la agencia para hacerle frente, y además, como FBC el problema de salud activa los Requisitos de Autocuidado de Desviación de la salud.

2) Adquisición del conocimiento

Una vez seleccionado un problema de salud, una situación de salud, el siguiente paso es adquirir el mayor conocimiento sobre ello con el fin de conocer tanto la etiología, como la sintomatología,

tratamiento, cuidados asociados y repercusiones en otras patologías o situaciones vitales. En resumidas cuentas, los factores que determinan la evolución del problema de salud, a partir de los cuales es posible delimitar los indicadores de salud, en este caso los indicadores de proceso de salud.

La adquisición del conocimiento necesario para esta fase va a provenir de la extracción del mismo desde fuentes bibliográficas. Los manuales y bibliografía de consulta sobre patologías sirven para comenzar conociendo qué es la patología: causas, sintomatología, repercusiones y principios básicos de tratamiento. Los artículos científicos van a fundamentar, según el nivel de evidencia de los estudios seleccionados (15), la identificación y priorización posterior de resultados en salud deseados, así como van a servir para avalar las intervenciones de cuidado aplicables.

3) Análisis de la Agencia de Autocuidado y Demanda de Autocuidado

Una situación de salud genera nuevas demandas que deben ser satisfechas y para las cuales puede que no sea suficiente con los conocimientos, destrezas, habilidades y motivaciones desarrollados hasta el momento.

El estudio pormenorizado de la situación de salud del paso anterior tiene como fin asentar las bases de conocimiento que serán empleadas aquí junto con la técnica de educación para determinar las alteraciones en la Agencia de Autocuidado y la Demanda de Autocuidado.

En esta fase la técnica empleada va a introducir la educación del conocimiento experto. Partiendo del saber reflejado en las fuentes bibliográficas, el experto analiza las distintas características que estarían interviniendo en la alteración de la demanda y/o la agencia, de modo que concluya expresando si existen cambios en alguna de ellas; y de existir, cuáles son sus características.

Respecto a la Demanda de Autocuidado resulta evidente que, si se toma como referencia comparativa una situación estándar donde no existe problema alguno de salud, la aparición de una patología o situación de salud nueva va a generar un aumento en la demanda. La situación de salud supone tener que hacer frente a una cantidad de medidas o actividades mayores, ya sea en número o gravedad.

Esta nueva Demanda de Autocuidado fuerza a modificar la propia agencia para no caer en el desequilibrio y llevar a un Déficit de Autocuidado. Asimismo, de existir un cuidado dependiente el desequilibrio se daría cuando la demanda es superior tanto a la Agencia de Autocuidado como a la Agencia de Cuidado dependiente que está encargada de cubrir las carencias de la propia, puesto que actúan como conjunto.

Una muestra de esta repercusión sería una persona con Diabetes Mellitus que debe hacer frente a nuevas demandas que requerirán de un aumento en la agencia sobre: conocimientos de la propia enfermedad y su abordaje, destrezas y habilidades para la inyección de insulina o el cuidado de las uñas y los pies, y tener la motivación suficiente para mantener en el tiempo el hábito del cuidado.

Una vez entendido el funcionamiento de cómo una situación de salud altera la demanda y agencia de autocuidado, la cuestión es cómo proceder a analizar todas y cada una de las posibles alteraciones que van a aparecer. Para este problema la metodología propone un análisis estructurado basado en los Requisitos de Autocuidado Universales de Orem (7). Aunque bien pudiera aplicarse la misma idea siguiendo la estructura de Necesidades de Virginia Henderson o Patrones Funcionales de Gordon.

La presente fase de la metodología supone analizar requisito por requisito cómo se ve afectada la demanda (si es que lo hace) y/o si va a suponer una modificación en la Agencia de Autocuidado, bien porque se altera la ya desarrollada o porque se ha de modificar aumentando su potencial de actuación.

Como ejemplo, siguiendo con el caso de una persona diabética, al analizar el requisito de Mantenimiento del aporte suficiente de alimentos el individuo va tener aumentada su Demanda de Autocuidado ya que requiere medidas o actividades adicionales, comparado con un estándar de persona sana. La Diabetes Mellitus exige el control de la dieta en cuanto a la ingesta de hidratos de carbono para poder así controlar los niveles de glucemia

en sangre y lograr el mantenimiento de la salud. En cuanto a la Agencia de Autocuidado en este requisito va a tener que ser modificada para aumentar los conocimientos sobre la dieta (identificar el valor en hidratos de carbono de cada alimento), además de que posiblemente tengan que adquirirse habilidades y destrezas para la elaboración de nuevos platos adaptados. Todo ello mantenido en el tiempo gracias a la motivación suficiente para comprender la importancia de estos nuevos hábitos de cuidado.

4) Construcción de los indicadores de salud

Los indicadores de salud sirven para estudiar todas las características de que ponen de manifiestos problemas de salud, siendo en este método el objetivo medir la situación de cuidados de la población. Como consecuencia lo que va a obtenerse es una imagen de la situación de la comunidad atendida respecto a los cuidados, con lo que podrán evaluarse los cambios en el situación de salud a lo largo del tiempo.

Así pues, si la Enfermería tiene como eje central del PAE el diagnóstico (cuyo enunciado central es la etiqueta diagnóstica) resulta obvio que la forma más adecuada para medir el efecto de la intervención enfermera es mediante indicadores que apliquen etiquetas diagnósticas NANDA. Además de ser uno de los datos disponibles en Historia clínica, tal como ordena el Real Decreto 1093/2020 (14)

Los indicadores a construir pueden ser de muy diversos tipos, desde frecuencias absolutas a frecuencias relativas como son los porcentajes. No existe en este método una propuesta rígida para elaborar un tipo de indicadores, esta cuestión dependerá tanto de la situación de salud estudiada, como de las etiquetas diagnósticas enumeradas y la intención última de los expertos o investigadores que quieran conocer uno u otro aspecto del cuidado (Figura 2).

Frecuencia absoluta: Número de pacientes con diagnóstico X resuelto en el último año.

Frecuencia relativa:
$$\frac{\text{Nº pacientes con diagnóstico X resuelto en el último año}}{\text{Nº de pacientes que han presentado el diagnóstico X en el último año}} \times 100$$

Figura 2. Ejemplo de tipos de indicadores de salud.

5) Identificación de los potenciales déficit de autocuidado

Una vez construidos los indicadores dependientes de los cuidados, la quinta fase de la metodología está encaminada a la construcción de los resultados intermedios de salud dependientes de los cuidados mediante la identificación de potenciales déficit de autocuidado. Entendiendo para este contexto que los potenciales déficit son todas aquellas situaciones donde de no aplicarse el cuidado profesional de Enfermería acabaría apareciendo un desequilibrio entre la demanda y la suma de las agencias propia y de cuidado dependiente (en el supuesto de tenerla).

Este paso está íntimamente ligado al anterior puesto que durante el análisis de la agencia y demanda dentro de cada requisito automáticamente un experto reconocería donde van a poder surgir déficit de autocuidado. La técnica empleada es la educación con expertos al igual que en el paso anterior.

Un posible déficit de autocuidado recurrente aparece en personas recién diagnosticadas que no tienen conocimientos sobre su patología y que por tanto, muy probablemente no vayan a ser capaces de dar respuesta a las nuevas demandas pues su Agencia de Autocuidado es insuficiente.

6) Determinación de las etiquetas Diagnósticas de Enfermería

Los Resultados Intermedios de Salud son aquella serie de objetivos planteados como pasos intermedios o piezas de un puzzle mayor que es el control o resolución de la situación de salud.

Para la metodología planteada este paso supone recoger los distintos déficit de autocuidado identificados en la fase anterior y transformarlos en su correspondiente etiqueta diagnóstica. Es decir, una vez realizada la valoración donde se identifica que la demanda es mayor que la agencia se pone nombre a dicho déficit identificándolo bajo el lenguaje normalizado NANDA.

El resultado de esta fase es la enumeración de una serie de etiquetas diagnósticas vinculadas a la situación de salud de la que se partía.

Estas mismas etiquetas diagnósticas podrán construir los diagnósticos de enfermería cuando en los casos particulares se les añadan los factores etiológicos y los valores determinantes (signos y/o

síntomas). Sin embargo, el método construido tiene como fin construir indicadores generales para situaciones de salud, por lo que es suficiente con conocer las etiquetas diagnósticas.

Como ejemplificación para esta fase, en el caso de identificar un déficit de autocuidado como es la falta de conocimientos específicos (agencia) sobre una patología sufrida de reciente diagnóstico (demanda), la etiqueta diagnóstica correspondiente en lenguaje NANDA es **Conocimientos deficientes**.

Priorización de los indicadores de salud

Para finalizar, la metodología propuesta establece que deben priorizarse los indicadores de salud para establecer su orden de importancia.

Mediante un grupo de expertos, que puede ser el mismo que elaboró los indicadores, se pasa a evaluar uno por uno cada indicador mediante criterios SMART: Específico (Specific), Medible (Mesurable), Alcanzable (Attainable), Relevante (Relevant) y Traza-ble (Time-Bound).

Cada persona otorga a cada indicador una puntuación para cada uno de estos ítems de modo que se realiza una media entre todos los participantes en el grupo de expertos y se obtiene un listado ordenado. En primer lugar con mayor puntuación aparecerá el más importante de los indicadores y en sentido descendente irán sucediéndose cada uno de los indicadores en orden decreciente de prioridad.

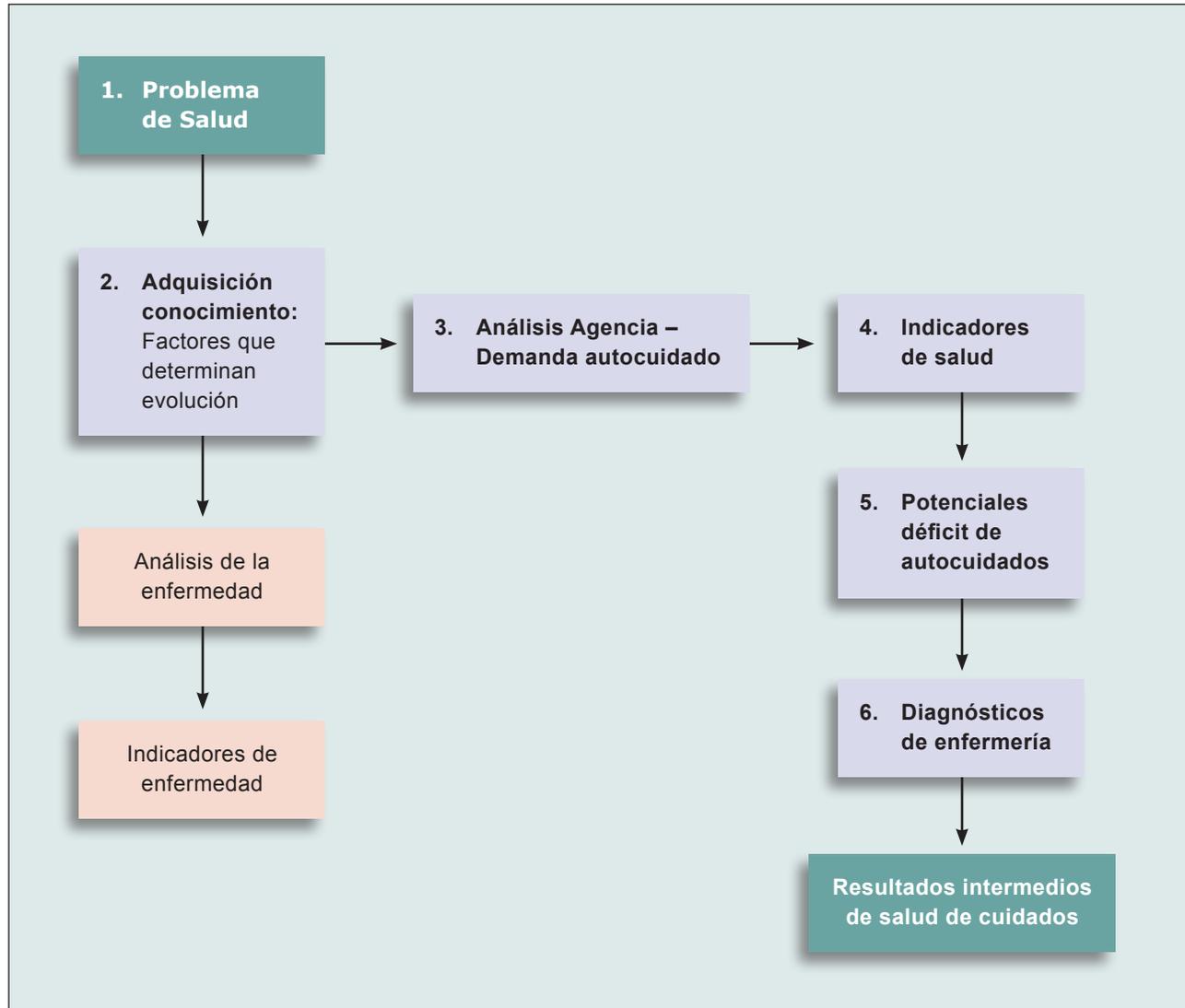
La metodología creada para la construcción de indicadores relacionados con el cuidado requerido en determinadas situaciones de salud, y que se expresa mediante un planteamiento propio de la disciplina de Enfermería, queda reflejada en el esquema de la **Figura 3**.

Discusión

La metodología propuesta supone una innovación en la forma de elaboración de indicadores de salud.

Como se indicó al inicio del artículo, la inmensa mayoría de indicadores de salud publicados hasta la fecha están ligados a la parte de la definición de salud que habla de enfermedad. Sin embargo, la primer parte de la definición de salud que hace la OMS, aquella que la describe como un completo bienestar físico, mental y social (2) apenas estaba recogida en los indicadores de salud españoles.

Figura 3. Método para la construcción de indicadores y resultados intermedios de salud relacionados con el cuidado.



Por otro lado, el creciente reconocimiento legislativo en España de la metodología enfermera o PAE ha hecho que sea fundamental y de carácter obligatorio el uso de lenguaje enfermeros como NANDA, CENES, NOC y NIC (14). La inclusión en la historia clínica de estos datos sirve para el estudio de la situación de salud de la población a la que cada enfermero atiende, así como la evolución en el tiempo de la población global.

En definitiva, el presente artículo ha logrado el objetivo propuesto de construir una metodología propia para la disciplina enfermera que permita elaborar tanto Resultados Intermedios en Salud, como sus correspondientes indicadores con los que evaluar la actividad profesional.

Bibliografía

1. Real Academia Española de la Lengua (RAE). 22ª edición. [Internet]. España: Real Academia Española; 2011 [consultado el 11 de marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.rae.es/>
2. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos, suplemento de la 45ª edición [Internet]. Ginebra: OMS; 2006. [consultado el 9 de marzo de 2014] Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

3. Indicadores de salud 2009. Evolucion de los indicadores del estado de salud de España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea. [Internet]. España: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. [consultado el 12 de marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Indicadores2009.pdf>
4. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud: INCLASNS – Base de Datos. [Internet]. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014. [consultado el 12 de marzo de 2014]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/inclasSNS_DB.htm
5. Collière MF. Promover la vida. Madrid: Interamericana; 1993.
6. Kérouac S, Pepin J, Ducharm F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Elsevier Masson; 2007.
7. Orem D. Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson-Salvat; 1993.
8. Santamaría, J.M. Investigación deductiva, representación lógica e implementación computacional sobre las limitaciones de acción del Autocuidado según el modelo de Dorothea Orem. [Tesis]. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá, Departamento de Ciencias de la Computación; 2008.
9. Arribas A, Amezcua A, Sellán C, Santamaría JM, Díaz ML, López MD. Diagnósticos enfermeros normalizados. Madrid: Fuden; 2012.
10. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación. Barcelona: Elsevier; 2012.
11. Kozier B, Erb G, Berman A., Snyder S. Diagnóstico. En: Kozier B, Erb G, Berman A, Snyder S. Fundamentos de enfermería. Conceptos, proceso y práctica 7ª ed. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana; 2005. p. 305 - 322
12. Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habilitan para el ejercicio de la profesión de Enfermero. BOE núm. 174 § 12388 [Internet]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2008/07/19/pdfs/A31680-31683.pdf>
13. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274 § 22188 [Internet]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>
14. Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 225 § 14199 [Internet]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2010/09/16/pdfs/BOE-A-2010-14199.pdf>
15. Primo J. Niveles de evidencia y grados de recomendación (I/II). Rev. Enfermedad Inflamatoria al día [Internet]. 2003 [consultado el 12 de marzo de 2014]; 2(2)39-42. Disponible en: <http://www.svpd.org/mbe/niveles-grados.pdf>