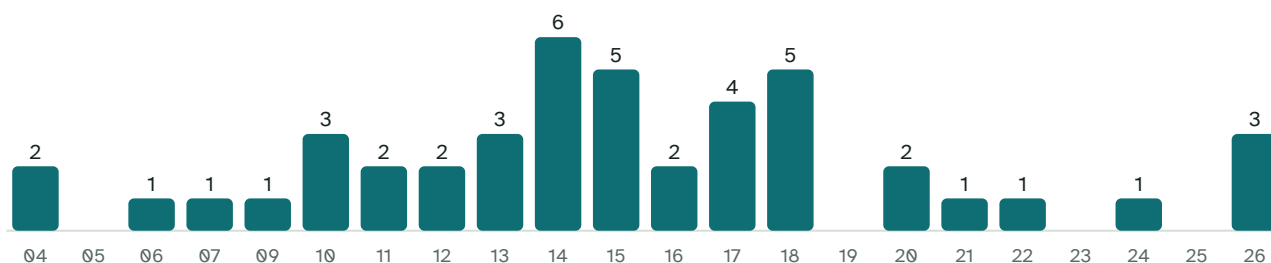


# Proceso enfermero y valoración (patrones funcionales, necesidades)

El proceso enfermero es el método con el que se organizan los cuidados, y la valoración (por patrones funcionales de Gordon o por necesidades de Henderson) es su primera fase. En el EIR caen sobre todo las fases y su orden histórico, el pensamiento crítico de Alfaro-LeFevre, en qué patrón de Gordon va cada dato, cómo se formula un objetivo y qué es un problema de colaboración.

Apuntes para el EIR · versión 2026-09-28 · **sin revisión enfermera**. Todas las preguntas son reales, de exámenes EIR, con su año y su número; ninguna está escrita por IA. Las respuestas están en el solucionario, al final.

## Cómo cae en el EIR



**45** preguntas de este tema en 22 exámenes (2004-2026, ordinarias, clasificación segura).

## Lo más repetido

- Plan de cuidados y fase de planificación: componentes (priorizar, objetivos/resultados, intervenciones) (3 exámenes)
- Formulación correcta de objetivos (centrados en la persona, conducta observable, plazo) (3 exámenes)
- Pensamiento crítico según Alfaro-LeFevre: características (deliberado, autocorrector; no equivale al PAE) (3 exámenes)
- Fase de valoración del PAE: definición (incluida la de Phaneuf) (2 exámenes)
- Problemas de colaboración: definición y objetivo enfermero (prevenir y vigilar) (2 exámenes)

# Índice

|                                                                           |           |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Resumen para repasar</b>                                               | <b>3</b>  |
| <b>Puntos clave</b>                                                       | <b>5</b>  |
| <b>1. El proceso enfermero: concepto, fases e historia</b>                | <b>6</b>  |
| <b>2. Pensamiento crítico y razonamiento clínico</b>                      | <b>9</b>  |
| <b>3. La valoración: recogida, validación y organización de los datos</b> | <b>13</b> |
| <b>4. Valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon</b>           | <b>15</b> |
| <b>5. El patrón sueño-descanso: bases fisiológicas</b>                    | <b>20</b> |
| <b>6. Valoración por necesidades de Virginia Henderson y priorización</b> | <b>23</b> |
| <b>7. Diagnóstico enfermero y problemas de colaboración</b>               | <b>25</b> |
| <b>8. Planificación: prioridades, objetivos e intervenciones</b>          | <b>27</b> |
| <b>9. Ejecución, registro y evaluación</b>                                | <b>31</b> |
| <b>Todas las preguntas del tema (46)</b>                                  | <b>34</b> |
| <b>Preguntas que también podrían ser de este tema (10)</b>                | <b>47</b> |
| <b>Solucionario</b>                                                       | <b>51</b> |
| <b>Fuentes</b>                                                            | <b>54</b> |

# Resumen para repasar

## 1. El proceso enfermero: concepto, fases e historia

- PAE: método **sistemático, racional** e individualizado de cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación <sup>F1,F2</sup>
- Fases encadenadas: **los datos de cada fase alimentan la siguiente** y la evaluación retroalimenta el proceso <sup>F1</sup>
- Requiere un **soporte teórico** (modelo enfermero); es un instrumento, no un fin <sup>F1</sup>
- **Lidia Hall, 1955**; Yura y Walsh, 4 fases (1967); el **diagnóstico, última fase** (Blodi 1974, Roy 1975) <sup>F1</sup>

## 2. Pensamiento crítico y razonamiento clínico

- Alfaro: pensamiento **deliberado y dirigido a un objetivo**, basado en **evidencias** y en el método científico, que se **reevalúa y autocorriges** <sup>F3</sup>
- Pensamiento crítico **no equivale** al PAE: el PAE es el método <sup>F1,F3</sup>
- **Cuatro círculos**: características personales, conocimiento/capacidades intelectuales, capacidades interpersonales y autogestión, habilidades técnicas; no hay círculo «intercultural» <sup>F2,F4</sup>
- **Inferir**: sacar conclusiones de los hechos; la **experiencia** permite reconocer patrones; los **sesgos** distorsionan el juicio <sup>F2</sup>
- Tanner: el juicio clínico se apoya **en parte** en **conocer al paciente y su patrón típico de respuesta** <sup>F30</sup>; la capacidad de razonar varía con la **confianza y la experiencia** <sup>F35</sup>

## 3. La valoración: recogida, validación y organización de los datos

- Valoración: **reunir, analizar, validar y organizar** datos; sistemática y dinámica <sup>F1,F5</sup>
- Objetivos = **medibles**; subjetivos = lo que refiere el paciente (entrevista) <sup>F1,F5</sup>
- Preguntas **abiertas** → respuestas detalladas; **cerradas** → sí/no <sup>F27</sup>
- Validar evita cerrar la valoración **sin todos los datos** y registrar datos inexactos; la **mente abierta** evita los **juicios prematuros** <sup>F34</sup>

## 4. Valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon

- Gordon: **11 patrones** (1982), herramienta **independiente del modelo** (NIPE, 2002) <sup>F11</sup>
- Alergias y adherencia → **percepción-manejo de la salud**; eliminación es un patrón propio <sup>F11</sup>
- Dolor y **toma de decisiones** → **cognitivo-perceptual**; ánimo e imagen corporal → **autopercepción-autoconcepto**; rol social y comunidad → **rol-relaciones** <sup>F11</sup>
- Barthel → **actividad-ejercicio** <sup>F12</sup>; nivel funcional **3 = ayuda de persona y dispositivo** <sup>F11</sup>

## 5. El patrón sueño-descanso: bases fisiológicas

- REM: actividad cerebral **como en vigilia** y atonía que **respeto diafragma y extraoculares** <sup>F13,F14</sup>
- Melatonina: empieza tras la puesta de sol, **pico 2-4 h**, se inhibe con la luz, **disminuye con la edad** <sup>F15</sup>; no recomendada en el insomnio crónico <sup>F16</sup>
- Depresión → **despertar precoz**; ansiedad → insomnio de conciliación <sup>F17</sup>
- Depresión: **latencia REM acortada**, pero latencia de inicio del sueño **aumentada** y menos tiempo total de sueño <sup>F31</sup>

## 6. Valoración por necesidades de Virginia Henderson y priorización

- Henderson: **14 necesidades**; la enfermera suple o ayuda cuando falta **fuerza, conocimiento o voluntad** <sup>F28,F29</sup>
- Maslow para priorizar: **fisiológicas** → seguridad → amor → **autoestima** → autorrealización; prioridad **relativa** <sup>F6,F22</sup>

## 7. Diagnóstico enfermero y problemas de colaboración

- Problema de colaboración: **complicación fisiológica** que la enfermera **vigila para detectar** su aparición o cambios (Carpenito) <sup>F24</sup>
- Tratamiento prescrito por **otro profesional**; objetivo enfermero: **prevenir y vigilar** <sup>F23,F24</sup>
- Error de formulación: escribir **necesidades de actuación** en lugar de respuestas de la persona <sup>F23</sup>

## 8. Planificación: prioridades, objetivos e intervenciones

- Planificación: **priorizar, fijar resultados esperados y determinar intervenciones** <sup>F1</sup>
- Objetivo: sujeto = **la persona, verbo medible**, condición, criterio y **plazo** <sup>F1</sup>
- Cambiar **actitudes** = dominio **afectivo** <sup>F9</sup>
- Intervenciones **posibles con los recursos** disponibles y coherentes con el diagnóstico <sup>F1</sup>

## 9. Ejecución, registro y evaluación

- Ejecución: **poner en práctica el plan** <sup>F1</sup>
- Registro **en tiempo real**, objetivo, con los **cambios** y lo **significativo** <sup>F8</sup>
- Evaluación: recoger datos, **comparar con los resultados esperados**, analizar la eficacia y **continuar, modificar o terminar** el plan <sup>F7</sup>

## Puntos clave

- 1 El PAE tiene cinco fases; el diagnóstico fue la última en incorporarse (Blodi 1974, Roy 1975); el término surge con Lidia Hall (1955) <sup>F1</sup>
- 2 El pensamiento crítico de Alfaro es deliberado, basado en evidencias y autocorrector; no equivale al PAE <sup>F3</sup>
- 3 Gordon: 11 patrones; alergias en percepción-manejo, dolor y toma de decisiones en cognitivo-perceptual, Barthel en actividad-ejercicio <sup>F11,F12</sup>
- 4 Nivel funcional 3: ayuda de otra persona y equipo o dispositivo <sup>F11</sup>
- 5 Un objetivo bien formulado tiene como sujeto a la persona, un verbo medible y un plazo <sup>F1</sup>
- 6 Problema de colaboración: complicación fisiológica que la enfermera vigila para detectar; el tratamiento lo prescribe otro profesional <sup>F23,F24</sup>
- 7 Evaluar es comparar los datos con los resultados esperados y decidir continuar, modificar o terminar el plan <sup>F7</sup>

# 1. El proceso enfermero: concepto, fases e historia

El **proceso enfermero** (proceso de atención de enfermería, PAE) es un «**proceso intelectual** compuesto de distintas etapas, **ordenadas lógicamente**, cuyo objetivo consiste en planificar cuidados orientados a obtener el bienestar del paciente». Dicho de otro modo, es «un **método sistemático** que permite recoger la información necesaria, analizarla y concretarla en intervenciones adecuadas y finalmente evaluar los resultados, para con ello **retroalimentar el proceso**» (Ibáñez y Sarmiento, citados por la Universidad Nacional de Colombia) <sup>F1</sup>. El manual de Kozier y Erb lo define en inglés como «a **systematic, rational method** of planning and providing **individualized nursing care**»: un método **sistemático, racional** y de cuidados **individualizados** <sup>F2</sup>.

Tiene **cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación (planeación), ejecución y evaluación** <sup>F1,F2</sup>. En Estados Unidos la American Nurses Association (ANA) reconoce estos cinco pasos como sus **estándares de práctica** <sup>F10</sup>.

| Fase          | Qué es (definiciones de la fuente) <sup>F1</sup>                                                                                                            |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Valoración    | Paso inicial: la enfermera <b>reúne, analiza y valida datos</b> acerca del individuo, la familia y la comunidad                                             |
| Diagnóstico   | <b>Con base en los datos obtenidos en la valoración</b> , la enfermera interpreta y establece juicios sobre los problemas de salud reales o potenciales     |
| Planificación | <b>Una vez formulado el diagnóstico</b> , se determina qué se va a hacer, cómo y cuándo para prevenir, controlar o eliminar los problemas                   |
| Ejecución     | <b>Puesta en práctica del plan de cuidados</b> con el fin de obtener los resultados esperados                                                               |
| Evaluación    | Se miden las reacciones de la persona a las intervenciones y, con esos resultados, se <b>modifican o reajustan</b> las intervenciones para lograr las metas |

Las fases están **encadenadas**: cada una se apoya en el resultado de la anterior (el diagnóstico se hace con los datos de la valoración, la planificación parte del diagnóstico formulado) y la evaluación **retroalimenta** todo el proceso <sup>F1</sup>. Por eso el proceso no es estático ni se centra en la enfermera: se centra en la persona y sus respuestas, y se ajusta a medida que cambian <sup>F1,F7</sup>.



## Características que caen

Sistemático, **racional**, individualizado <sup>F2</sup>; fases ordenadas lógicamente y **los datos de cada fase alimentan la siguiente**; la evaluación **retroalimenta** el proceso <sup>F1</sup>. Un distractor habitual es «centrado en la enfermera» o «centrado en la enfermedad»: los resultados esperados son estados o conductas de la persona, la familia o la comunidad <sup>F1</sup>.

**Necesita un marco teórico.** La fuente lo describe como «un indicador empírico que **requiere de un soporte teórico**», y lo presenta como «un **instrumento** para que la enfermera evalúe continuamente la calidad del cuidado que presta y la mejore» <sup>F1</sup>. Es decir: el PAE es el método; el modelo enfermero (Henderson, Orem...) le da el sentido disciplinar.

Característica definitoria del PAE: racional

¿Cuál de las siguientes es una característica definitoria del proceso de enfermería?:

1. Desorganizado.
2. Global.
3. Racional.
4. Centrado en la enfermedad.

Características del PAE: los datos de cada fase alimentan la siguiente

Una de las características del Proceso de Enfermería es:

1. La toma de decisiones es característica de la etapa de planificación.
2. Se centra en la enfermera.
3. Los datos de cada fase proporcionan información para la siguiente.
4. La toma de decisiones debe estar ligada a respuesta estándar.
5. Debe diseñarse de manera que permanezca estático.

El PAE adquiere significado con un marco teórico/modelo enfermero

Señale la afirmación correcta en relación al proceso de atención de enfermería:

1. Tiene como finalidad organizar las actividades enfermeras.
2. En sí mismo significa consolidación profesional y avance disciplinar.
3. Adquiere su verdadero significado, para la profesión y la disciplina, con un marco teórico enfermero de referencia.
4. Es útil solamente en aquellas circunstancias de cuidados que vayan dirigidas hacia una persona, quedando excluidas las situaciones que los profesionales desarrollan cuando los usuarios de sus servicios es una persona, un grupo o una comunidad.
5. Es una serie diseñada de acciones dirigidas a conseguir los objetivos de la enfermera.

**Historia.** «El proceso de atención surge en los escritos de enfermería a mediados de **1955 por Lidia Hall**. En **1967, Yura y Walsh** realizaron una primera propuesta del proceso en **cuatro fases**: valoración, planeación, ejecución y evaluación. Más tarde, **Blodi (1974) y Roy (1975) incluyeron la fase de diagnóstico**» <sup>F1</sup>. En los años setenta la NANDA empezó a elaborar su lista de diagnósticos enfermeros <sup>F10</sup>.

### Orden de aparición

Hall pone el nombre (1955) → Yura y Walsh, cuatro fases sin diagnóstico (1967) → el **diagnóstico es la última fase en incorporarse** (1974-1975) <sup>F1</sup>.

Última fase incorporada al PAE de cinco etapas: diagnóstica

Señale la respuesta correcta. Respecto a las fases del Proceso de Atención de Enfermería, puede afirmarse que la última fase en incluirse con entidad propia en el actual modelo de cinco etapas fue:

1. Fase de evaluación.
2. Fase diagnóstica.
3. Fase de planificación.
4. Fase de ejecución.

Origen del término 'proceso de enfermería': L. Hall

Señale a cuál de las siguientes autoras se le atribuye el origen del término "Proceso de Enfermería":

1. M. Gordon.
2. E. Fry.
3. E. Wiedenbach.
4. L. Hall.

## 2. Pensamiento crítico y razonamiento clínico

Rosalinda **Alfaro-LeFevre** define el pensamiento crítico en enfermería como «el pensamiento **deliberado, dirigido al logro de un objetivo**, que pretende emitir **juicios basados en evidencia (hechos) en vez de conjeturas** (suposiciones); basándose en los **principios de la ciencia y el método científico**, que requiere **constantemente estar reevaluándose, autocorrigiéndose** y esforzándose para mejorar» <sup>F3</sup>.

- **Deliberado y dirigido a un objetivo** <sup>F3</sup>.
- **Basado en evidencias**, no en conjeturas <sup>F3</sup>.
- Apoyado en la **ciencia y el método científico** <sup>F3</sup>.
- **Autocorrector**: se reevalúa y busca mejorar de forma constante <sup>F3</sup>.

### Pensamiento crítico no es lo mismo que PAE

La definición de Alfaro describe una forma de pensar; el proceso enfermero es el **método** o instrumento con el que se organizan los cuidados <sup>F1,F3</sup>. Afirmar que ambos conceptos son equiparables, o que el pensamiento crítico sustituye al PAE, es el distractor típico.

#### EIR 2013 · 14

P33 · respuesta en el solucionario

Pensamiento crítico según Alfaro-LeFevre: características (deliberado, autocorrector; no equivale al PAE)

De las afirmaciones expresadas por AlfaroLeFevre respecto al significado del pensamiento crítico, señale la que NO es correcta:

1. Como concepto es equiparable al de proceso de atención de enfermería.
2. Persigue emitir juicios basados en evidencias (hechos) en vez de en conjeturas (suposiciones).
3. Supone un pensamiento deliberado, dirigido a un objetivo.
4. Se basa en estrategias que maximicen el potencial humano y compensen los problemas causados por la naturaleza humana.
5. Se basa en principios de la ciencia y el método científico.

#### EIR 2014 · 24

P30 · respuesta en el solucionario

Pensamiento crítico según Alfaro-LeFevre: características (deliberado, autocorrector; no equivale al PAE)

Según Alfaro-Lefevre, el pensar de manera crítica en el contexto de las situaciones enfermeras significa que:

1. Constantemente se está revaluando, autocorrigiendo y buscando mejorar.
2. Sustituye el proceso de atención de enfermería.
3. Apoya propuestas concretas para mantener las prioridades e intervenciones.
4. Hace que pierdan importancia las propias limitaciones y predisposiciones.
5. Proporciona los argumentos para justificar que la mejor respuesta es la perfecta.

Pensamiento crítico según Alfaro-LeFevre: características (deliberado, autocorrector; no equivale al PAE)

Según Rosalinda Alfaro-LeFevre “el pensamiento crítico es la clave para la resolución de problemas” y a partir de esta idea la autora desarrolla su significado en la aplicación del proceso enfermero. Una característica de este pensamiento es que:

1. No necesita estar basado en principios de la ciencia ni del método científico.
2. Es deliberado y dirigido a un objetivo.
3. Se basa en conjeturas.
4. Es innato.
5. No requiere de evidencias.

**Modelo de los cuatro círculos** de Alfaro-LeFevre. OpenStax lo resume así: el pensamiento crítico tiene **cuatro componentes que se solapan: características personales, capacidades intelectuales y cognitivas, capacidades interpersonales y de autogestión y habilidades técnicas** <sup>F4</sup>. La figura que reproduce el manual de Kozier y Erb (adaptada de la autora, 2014) rotula sus círculos como características (actitudes y conductas), **conocimiento teórico y experiencial**, habilidades intelectuales y habilidades técnicas <sup>F2</sup>. En ninguna de las dos versiones hay un círculo de «habilidades interculturales» <sup>F2,F4</sup>.

**Actitudes del pensador crítico.** Kozier y Erb enumeran nueve: **independencia, imparcialidad, perspicacia (insight), humildad intelectual, valor intelectual, integridad, perseverancia, confianza y curiosidad** <sup>F2</sup>. La Foundation for Critical Thinking (Richard Paul) define la **humildad intelectual** como tener conciencia de los límites del propio conocimiento y sensibilidad a los **sesgos y prejuicios** del propio punto de vista <sup>F26</sup>. Entre los indicadores personales, Kozier recoge ser **consciente de uno mismo**: aclarar sesgos, inclinaciones, fortalezas y limitaciones <sup>F2</sup>.

**Rasgos del pensador crítico según Alfaro-LeFevre.** Sus indicadores personales de pensamiento crítico, que reproduce Kozier, incluyen ser **comunicador eficaz** (escucha bien; habla y escribe con claridad), **cuidadoso y prudente** (conoce sus límites y **suspende o revisa su juicio** ante datos nuevos o incompletos), **abierto e imparcial, realista y práctico** y **proactivo** (anticipa consecuencias y planifica) <sup>F2,F35</sup>. Kozier añade que los pensadores críticos son imparciales: **no basan sus juicios en sesgos o prejuicios** personales o de grupo, e intentan entender del todo una idea nueva antes de rechazarla o aceptarla <sup>F2</sup>. Para la Foundation for Critical Thinking (Paul y Elder), el pensador crítico cultivado, entre otras cosas, **se comunica con eficacia** con los demás para resolver problemas complejos <sup>F36</sup>.

Actitudes que dificultan el pensamiento crítico: facilidad para juicios de valor

¿Cuál de las siguientes actitudes dificulta el pensamiento crítico?:

1. Humildad intelectual.
2. Independencia de pensamiento.
3. Facilidad para hacer juicios de valor.
4. Curiosidad.
5. Perseverancia.

Richard Paul: características de los pensadores críticos (no reactivos)

Con respecto al pensamiento crítico, cuál de los siguientes términos utilizados por Richard Paul como características de los pensadores críticos es INCORRECTA. Los pensadores críticos son:

1. Humildes.
2. Realistas.
3. Reactivos.
4. Buenos comunicadores.

**Qué influye en la capacidad de razonar.** Alfaro-LeFevre señala que incluso en los mejores pensadores críticos la capacidad de razonar **varía según circunstancias como la confianza, la experiencia, la práctica** y la familiaridad con las personas y las situaciones <sup>F35</sup>. El pensamiento crítico **requiere confianza**: cuando hay problemas de confianza (por ejemplo, en los principiantes), se dedica más capacidad mental a preocuparse por los errores que a resolver la situación <sup>F35</sup>. El razonamiento «en acción» está muy influido por la **experiencia práctica previa**: es más intuitivo y más propenso a respuestas reflejas <sup>F35</sup>. Kozier desaconseja el método intuitivo a principiantes y estudiantes porque suelen carecer de la base de conocimientos y de la experiencia clínica necesarias <sup>F2</sup>.

Factores que pueden dificultar o fomentar el pensamiento crítico: experiencia y autoconfianza

Señale de los siguientes factores, cuáles pueden tanto dificultar como fomentar el pensamiento crítico:

1. Desarrollo moral.
2. Experiencia, Autoconfianza.
3. Habilidades para la escritura, manejo del lenguaje.
4. Conocimiento de la situación y de los recursos.

**Hechos frente a inferencias.** Un hecho puede verificarse; una **inferencia** son «conclusiones extraídas de los hechos», que van más allá de ellos para afirmar algo que aún no se conoce <sup>F2</sup>. **Inferir** es, por tanto, sacar conclusiones a partir de los datos <sup>F2</sup>. Facione (1990), citado por Estrada Zapata, incluye entre las habilidades del

pensamiento crítico la interpretación, el análisis, la evaluación, la **inferencia**, la explicación y la **autorregulación**, considerada metacognición <sup>F3</sup>.

**Experiencia y conocimiento del paciente.** «La experiencia clínica permite a la enfermera **reconocer indicios y patrones** y empezar a llegar a conclusiones correctas»; la rapidez del juicio depende de haber visto muchas veces situaciones de pacientes parecidas <sup>F2</sup>. Reconocer esos patrones forma parte del juicio clínico; y los sesgos propios, si no se reconocen, pueden llevar a conclusiones inadecuadas <sup>F2</sup>. Tanner, tras revisar casi 200 estudios sobre el juicio clínico en enfermería, concluye que los juicios clínicos dependen **más de lo que la enfermera aporta a la situación** que de los datos objetivos; que un juicio clínico sólido descansa en parte en **conocer al paciente y su patrón típico de respuesta**; y que en ellos influyen el **contexto** y la cultura de la unidad <sup>F30</sup>.

#### EIR 2020 · 92

P8 · respuesta en el solucionario

Modelo de los cuatro círculos de Alfaro-LeFevre

El modelo de pensamiento crítico de los cuatro círculos de R. Alfaro-LeFevre ofrece un marco general sobre lo que significa pensar con sentido crítico. ¿Cuál de las siguientes opciones NO está incluida dentro de ese modelo?:

1. Desarrollar habilidades interculturales.
2. Desarrollar características y conductas.
3. Adquirir conocimiento teórico y práctico.
4. Ampliar habilidades técnicas prácticas.

#### EIR 2018 · 32

P9 · respuesta en el solucionario

Habilidades de razonamiento clínico: inferir

En las habilidades para el razonamiento clínico “formarse opiniones o deducir basándose en la interpretación lógica de los datos”, se denomina:

1. Puntos de vista.
2. Conceptualizar.
3. Inferir.
4. Supuestos.

#### EIR 2026 · 135

P1 · respuesta en el solucionario

Pensamiento enfermero: importancia del patrón típico de respuesta del paciente

¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el pensamiento enfermero es FALSA?:

1. Los prejuicios y creencias de los y las enfermeras pueden sesgar el juicio clínico.
2. La presión del tiempo y las interrupciones reducen la calidad del pensamiento crítico.
3. Es irrelevante conocer el patrón típico de respuesta del paciente para la toma de decisiones clínicas.
4. La autorregulación es una habilidad necesaria para desarrollar el pensamiento crítico.

### 3. La valoración: recogida, validación y organización de los datos

La **valoración** es «el **paso inicial** del proceso de enfermería a través del cual la enfermera **reúne, analiza y valida datos** acerca del individuo, la familia y la comunidad» <sup>F1</sup>; es la **base del plan de cuidados**, en la que «se reúnen, analizan y **organizan** los datos objetivos y subjetivos» <sup>F1</sup>. OpenStax la define como el proceso **sistemático y dinámico** de recoger y analizar datos sobre la salud del paciente <sup>F5</sup>.



#### **Valoración = recoger + analizar/organizar + validar**

No es solo hacer una entrevista ni termina «siempre» en un diagnóstico: es un proceso **organizado y sistemático** de búsqueda de información, desde varias fuentes, para identificar los problemas y los recursos de la persona y poder planificar los cuidados <sup>F1,F5</sup>.

**Más que recoger datos.** Para NANDA-I (hoy INKA), la valoración aporta las observaciones, mediciones y relatos del paciente con los que la enfermera emite **juicios clínicos sobre las respuestas humanas**; para pasar al diagnóstico, la enfermera **recoge datos, los interpreta y los agrupa en patrones**, genera hipótesis diagnósticas, las **valida o las refuta** y prioriza <sup>F32</sup>. OpenStax pide ir más allá de la recogida: **conceptualizar, aplicar, analizar, sintetizar y evaluar** la información; **sintetizar** es integrar, combinar u organizar datos diversos para comprenderlos de forma coherente <sup>F33</sup>.

| Tipo de dato     | Definición                                                                                                                  | Cómo se obtiene                                          |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <b>Objetivo</b>  | Aspectos <b>cuantificables y medibles</b> del estado del paciente <sup>F5</sup>                                             | Exploración física, constantes, pruebas <sup>F1,F5</sup> |
| <b>Subjetivo</b> | Información dada directamente por el paciente o sus cuidadores: sus experiencias, sentimientos y percepciones <sup>F5</sup> | Entrevista o anamnesis <sup>F1</sup>                     |

**Fuentes de datos.** El paciente suele ser la fuente más importante; las fuentes secundarias son, por ejemplo, un familiar o la historia clínica <sup>F5</sup>. En la entrevista, las **preguntas abiertas** piden respuestas detalladas («hábleme de su dolor») y animan a hablar con libertad; las **cerradas** llevan a respuestas de sí o no («¿tiene dolor?») <sup>F27</sup>.

**Validar los datos.** La validación es una parte crucial de la valoración, que suele hacerse a la vez que la recogida: asegura que la valoración **no se cierra antes de reunir todos los datos relevantes** y ayuda a **no registrar datos inexactos** <sup>F34</sup>. Weber y Kelley advierten que no hay que dar por correcta toda la información que se encuentra (las alergias, por ejemplo, se verifican siempre con el paciente), que hay que mantener la mente abierta para **evitar juicios prematuros** y que **las suposiciones llevan a juicios clínicos pobres** <sup>F34</sup>. Entre los indicadores de Alfaro-LeFevre están **identificar suposiciones e incoherencias**, comprobar la exactitud y la fiabilidad de los datos (validarlos) y **reconocer la información que falta** <sup>F35</sup>.

Fase de valoración del PAE: definición (incluida la de Phaneuf)

La etapa de valoración del proceso de enfermería consiste en:

1. Realizar una entrevista a la persona y su familia para identificar los problemas de salud que presenta.
2. Concluir siempre en un diagnóstico enfermero.
3. Recoger los datos, analizarlos y sintetizarlos para identificar las respuestas humanas.
4. Utilizar diferentes técnicas de recogida de datos según el modelo de cuidados de referencia.
5. La selección, desencadenamiento, cribado y registro de los datos sobre las repuestas de la persona.

Fase de valoración del PAE: definición (incluida la de Phaneuf)

La definición de Phaneuf: “Proceso organizado y sistemático de búsqueda de información realizada a partir de diversas fuentes, con el fin de descubrir el grado de satisfacción de las diferentes necesidades de la persona, identificar de este modo sus problemas, conocer sus recursos personales y planificar las intervenciones que puedan ayudarla”. Se refiere al concepto de:

1. Proceso de atención de enfermería.
2. Pensamiento crítico.
3. Razonamiento clínico.
4. Valoración.
5. Diagnóstico.

Validación de datos: evita errores de valoración

La validación o verificación de la información es un paso esencial en el pensamiento crítico que le ayuda a evitar:

1. Hacer asunciones.
2. Omitir información pertinente.
3. Malinterpretar las situaciones.
4. Extraer conclusiones precipitadas o centrarse en una dirección equivocada.
5. Todas las respuestas anteriores son correctas.

## 4. Valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon

El Ministerio de Sanidad, en el **proyecto NIPE** (2002), eligió para la valoración enfermera una herramienta que **pudiera usarse independientemente del modelo enfermero** seguido: los **Patrones Funcionales de M. Gordon (1982)**, que enfocan la atención sobre **11 áreas** con importancia para la salud de individuos, familias o comunidades <sup>F11</sup>. Un patrón funcional es «una **configuración de comportamientos**, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano y que se dan de una manera **secuencial a lo largo del tiempo**» <sup>F11</sup>. La valoración busca localizar los patrones **alterados o en peligro de alteración** para después determinar un diagnóstico enfermero <sup>F11</sup>.

| Patrón <sup>F11</sup>                      | Qué incluye (NIPE, Ministerio de Sanidad) <sup>F11</sup>                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. <b>Percepción-manejo de la salud</b>    | Prácticas preventivas (higiene, vacunas, autoexploraciones), <b>adherencia a los tratamientos</b> prescritos, consumo de drogas, alcohol, tabaco; preguntas como «¿ <b>Es alérgico</b> a alguna sustancia?», accidentes, ingresos previos |
| 2. <b>Nutricional-metabólico</b>           | Consumo de alimentos y líquidos en relación con las necesidades metabólicas; piel y mucosas; talla, peso y temperatura                                                                                                                    |
| 3. <b>Eliminación</b>                      | Función excretora <b>intestinal, urinaria y de la piel</b> (sudoración); ostomías, drenajes, sondas                                                                                                                                       |
| 4. <b>Actividad-ejercicio</b>              | Movilidad, actividad y ejercicio, ocio; <b>autonomía para las actividades de la vida diaria</b> y nivel funcional; presión arterial y respiración                                                                                         |
| 5. <b>Sueño-descanso</b>                   | Patrones de sueño, descanso y relax a lo largo del día; sustancias para dormir                                                                                                                                                            |
| 6. <b>Cognitivo-perceptual</b>             | Funciones sensoriales (vista, oído, gusto, tacto, olfato), <b>dolor</b> , y capacidades cognitivas: <b>toma de decisiones</b> , memoria y lenguaje                                                                                        |
| 7. <b>Autopercepción-autoconcepto</b>      | Actitudes hacia uno mismo, <b>imagen corporal</b> , identidad y sentido de valía; conversación y lenguaje no verbal; ansiedad, depresión, desesperanza                                                                                    |
| 8. <b>Rol-relaciones</b>                   | Papel o <b>rol social</b> en la familia y el trabajo; problemas en las relaciones familiares o sociales; pertenencia a grupos y a la comunidad                                                                                            |
| 9. <b>Sexualidad-reproducción</b>          | Satisfacción o insatisfacción con la sexualidad y patrón reproductivo; cambios en las relaciones sexuales                                                                                                                                 |
| 10. <b>Adaptación-tolerancia al estrés</b> | Capacidad para resistir amenazas, formas de manejar el estrés, apoyos, control percibido de las situaciones                                                                                                                               |
| 11. <b>Valores-creencias</b>               | Valores, objetivos y creencias (incluidas las espirituales) que guían las decisiones                                                                                                                                                      |

## Gordon no es Henderson

Gordon: **11 patrones**, y la eliminación es un patrón propio, no parte del nutricional-metabólico <sup>F11</sup>. Las **14** son las necesidades de Henderson, y la movilización («moverse») es una necesidad de Henderson, no un patrón de Gordon <sup>F11,F20,F21</sup>.

### EIR 2022 · 14

P5 · respuesta en el solucionario

Patrones funcionales de Gordon: listado (sueño-descanso)

En relación a los patrones funcionales es cierto que:

1. Uno de los patrones incluidos es sueño-descanso.
2. El patrón nutricional-metabólico pretende conocer el hábito defecatorio y/o urinario de la persona.
3. Se centra en 14 patrones funcionales.
4. Una de las necesidades incluidas en el modelo es moverse y mantener una buena postura.

### EIR 2026 · 131

P2 · respuesta en el solucionario

Patrón de Gordon de las alergias medicamentosas: percepción-manejo de la salud

Paciente de 50 años, refiere ser alérgico a un medicamento, ya que en una cirugía previa tuvo una reacción anafiláctica, pero no recuerda el nombre de dicha medicación. ¿En qué patrón funcional de Marjory Gordon incluirías esta información?:

1. Percepción-manejo de la salud.
2. Autopercepción-autoconcepto.
3. Cognitivo-perceptual.
4. Evitar peligros ambientales y evitar lesiones a otras personas.

**Nivel funcional para el autocuidado** (dentro de actividad-ejercicio) <sup>F11</sup>:

| Nivel | Significado <sup>F11</sup>                                   |
|-------|--------------------------------------------------------------|
| 0     | Totalmente autónomo                                          |
| 1     | Necesita el uso de un <b>equipo o dispositivo</b>            |
| 2     | Requiere <b>ayuda o supervisión de otra persona</b>          |
| 3     | Requiere <b>ayuda de otra persona y equipo o dispositivo</b> |
| 4     | <b>Dependiente</b> y no colabora                             |

### Del 0 al 4

0 solo; 1 con aparato; 2 con persona; **3 con persona y aparato**; 4 dependiente <sup>F11</sup>.

**Instrumentos por patrón.** El Servicio Andaluz de Salud ordena sus cuestionarios de valoración por patrones: el **índice de Barthel** (autonomía para las actividades de la vida diaria) va en **actividad-ejercicio**; el Cuestionario de dolor español, en **cognitivo-perceptual**; la escala de Goldberg de cribado de **ansiedad-depresión** y la de riesgo suicida de Plutchik, en **autopercepción-autoconcepto**; el APGAR familiar y el Duke-UNC (apoyo social), en **rol-relaciones**; y el Cuestionario de Oviedo del sueño, en sueño-descanso <sup>F12</sup>.



### Dónde va cada dato

Alergias → percepción-manejo de la salud <sup>F11</sup>. Dolor (también el crónico) y **capacidad para tomar decisiones** → cognitivo-perceptual <sup>F11,F12</sup>. Estado emocional, ánimo, imagen corporal → autopercepción-autoconcepto <sup>F11,F12</sup>; los datos personales como la edad o los estudios no describen cómo se ve la persona a sí misma. Integración social, pertenencia a grupos y comunidad → rol-relaciones <sup>F11</sup>. Barthel → actividad-ejercicio <sup>F12</sup>.

#### EIR 2018 · 24

P13 · respuesta en el solucionario

Gordon: nivel funcional de autocuidado III (ayuda de persona y equipo)

En la valoración por Patrones Funcionales de Marjory Gordon, la capacidad percibida para los autocuidados con un Nivel funcional de codificación III indica:

1. Requiere ayuda o supervisión de otra persona.
2. Necesita el uso de un equipo o dispositivo.
3. Completo autocuidado, es independiente.
4. Requiere ayuda de otra persona (y equipo o dispositivo).

#### EIR 2015 · 93

P20 · respuesta en el solucionario

Patrón de Gordon del índice de Barthel: actividad-ejercicio

Cuando usted valora al paciente oncológico ¿en qué Patrón Funcional de M. Gordon se incluye el Índice de Barthel?:

1. Cognitivo-Perceptual.
2. Actividad-Ejercicio.
3. Percepción-Manejo de la Salud.
4. Nutricional-Metabólico.
5. Autopercepción-Autoconcepto.

Patrón de Gordon de la capacidad de tomar decisiones: cognitivo-perceptivo

La capacidad del paciente para tomar decisiones, los informes de las preferencias sobre el tratamiento, el conflicto entre el paciente y la familia en cuanto a la toma de decisiones, en qué patrón funcional de salud de Marjory Gordon se valoran:

1. Cognitivo-Perceptivo.
2. Auto percepción-Autoconcepto.
3. Rol-Relaciones.
4. Valores-Creencias.

Patrón de Gordon del dolor crónico: cognitivo-perceptivo

En relación con las personas que padecen problemas osteoarticulares, el diagnóstico de enfermería: “dolor crónico relacionado con deformidad articular”, correspondería según M. Gordon con el patrón funcional de:

1. Auto percepción/autoconcepto.
2. Afrontamiento o tolerancia al estrés.
3. Cognitivo/perceptivo.
4. Valores/creencias.
5. Actividad/ejercicio.

Patrón de Gordon de capacidades afectivas y estado emocional: auto percepción-autoconcepto

¿En qué patrón funcional de Marjory Gordon se valoran la percepción de las capacidades afectivas y el estado emocional?:

1. Cognitivo-Perceptual.
2. Rol-Relaciones.
3. Adaptación-Tolerancia al estrés.
4. Auto percepción-Autoconcepto.

Contenido del patrón autopercepción-autoconcepto (no datos personales)

En la valoración de enfermería según los patrones funcionales de M. Gordon, ¿cuál de los siguientes aspectos NO se registraría dentro del patrón autopercepción-autoconcepto?:

1. Ánimo expansivo.
2. Expresión sobre su imagen corporal.
3. Reconocimiento de datos personales (edad, nivel de estudios, fecha de nacimiento).
4. Anhedonia.

Patrón de Gordon de las dificultades de integración social/idioma: rol-relaciones

Mientras el Sr. L. K. de 52 años, natural de un país centroeuropeo y residente en España desde hace 4 meses y 20 días, le informa de las dificultades de integración en la sociedad española que tiene debido a que los que “hablan español no hacen ningún esfuerzo por entenderle y él habla muy poco el idioma español y, además, tiene un montón de barreras idiomáticas para entenderse en el trabajo y hacer amigos”, está usted valorando el patrón funcional de salud:

1. Adaptación – Tolerancia al estrés.
2. Cognitivo – Perceptual.
3. Rol – Relaciones.
4. Comunicación – Pertenencia a Grupos.
5. Percepción – Manejo de la Salud.

## 5. El patrón sueño-descanso: bases fisiológicas

**Sueño REM.** Durante el REM los ojos se mueven y el cerebro está activo: su actividad es **parecida a la de la vigilia**; es cuando suele soñarse, y los músculos se relajan para no representar los sueños <sup>F13</sup>. La American Academy of Sleep Medicine lo describe como una parálisis casi completa de la musculatura esquelética que **respeto el diafragma y los músculos extraoculares** <sup>F14</sup>.

**Melatonina.** El cerebro la produce **en respuesta a la oscuridad**, y la exposición a la luz por la noche puede bloquear su producción <sup>F16</sup>. Su síntesis aumenta con la oscuridad y **se inhibe con la luz**; también la luz de pantallas: leer por la noche en un libro electrónico con luz propia suprimió la melatonina vespertina un 55 %, frente a ninguna supresión con el libro impreso <sup>F29</sup>; en el ser humano su secreción **empieza poco después de la puesta de sol**, alcanza un **pico a mitad de la noche (entre las 2 y las 4 de la madrugada)** y disminuye gradualmente en la segunda mitad de la noche <sup>F15</sup>. Los picos nocturnos son máximos entre los 4 y los 7 años y después **descienden progresivamente** <sup>F15</sup>. No hay pruebas suficientes para recomendar suplementos de melatonina en el **insomnio crónico** <sup>F16</sup>.

### Melatonina

No es un hipnótico indicado en cualquier insomnio <sup>F16</sup>, y su secreción no aumenta con la edad: disminuye <sup>F15</sup>.

#### EIR2024-138: ¿hasta qué hora se segrega la melatonina?

La clave oficial de **EIR2024-138** da por correcto que la secreción de melatonina tiene lugar **a partir de la tarde y durante la noche, hasta las 03:00-05:00**. Las fuentes coinciden en el **inicio vespertino y nocturno** <sup>F15,F16</sup>, pero no dan ese final: sitúan entre las 2 y las 4 el **pico**, seguido de un **descenso gradual** durante la segunda mitad de la noche <sup>F15</sup>. Las otras tres opciones de la pregunta contradicen las fuentes (no es un hipnótico para cualquier insomnio, la inhiben las pantallas, disminuye con la edad) <sup>F16,F29,F15</sup>; la clave es la que describe la secreción vespertina y nocturna.

**Factores que alteran el sueño.** En la **depresión mayor** el insomnio típico es el de **despertar precoz**, mientras que en la **ansiedad** es el de **conciliación** <sup>F17</sup>. El NIMH también cita el despertar temprano por la mañana entre los síntomas de la depresión <sup>F19</sup>. En los trastornos del estado de ánimo hay una **disminución de la latencia del sueño REM** y un aumento de la cantidad de REM <sup>F18</sup>. El alcohol y el tabaco disminuyen la producción de melatonina <sup>F18</sup>.

**El sueño en la depresión.** Nutt, Wilson y Paterson resumen que, frente a los controles, en la depresión la **latencia de inicio del sueño aumenta** y el **tiempo total de sueño se reduce**, mientras que la **latencia REM suele acortarse** y el primer periodo REM se alarga <sup>F31</sup>. Según los autores, las alteraciones de la latencia REM, el aumento de la vigilia y el **despertar temprano** apuntan a una alteración del proceso circadiano: en la depresión, los ritmos clave del sueño empiezan antes <sup>F31</sup>.

### EIR2011-020: ¿qué latencia se acorta?

La clave oficial de **EIR2011-020** da por correcto que los estados depresivos producen insomnio matutino «por acortar el periodo de latencia». Las fuentes distinguen dos latencias: en la depresión **se acorta la latencia REM** <sup>F18,F31</sup>, pero la **latencia de inicio del sueño aumenta** <sup>F31</sup>. La clave solo encaja si se entiende la latencia REM, que Nutt y cols. relacionan, junto con el **despertar temprano**, con un adelanto de los ritmos del sueño <sup>F31</sup>. El insomnio típico de la depresión mayor es el de **despertar precoz**; el de la ansiedad, el de **conciliación** <sup>F17</sup>.

#### EIR 2024 · 136

P49 · respuesta en el solucionario

Sueño REM: atonía muscular esquelética

En cuanto a la fase REM del sueño, señale la respuesta correcta:

1. Durante el sueño REM se mantiene una actividad cerebral muy lenta.
2. Durante el sueño REM se produce una disminución del tono de los músculos esqueléticos, salvo de los músculos extraoculares.
3. Durante el sueño REM, no existen alteraciones de la frecuencia cardíaca, la respiración y la temperatura corporal.
4. Durante el sueño tipo REM aumenta la actividad parasimpática y disminuye la simpática.

#### EIR 2024 · 138

P48 · respuesta en el solucionario

Melatonina: secreción nocturna

En cuanto a la melatonina y su relación con el sueño, es cierto que:

1. La melatonina tiene propiedades hipnóticas directas, por lo que su uso está indicado en cualquier tipo de insomnio.
2. La secreción de melatonina se inhibe en presencia de luz solar directa, pero no por exposición a luces de alta luminosidad, como pantallas de móvil u otros dispositivos electrónicos.
3. La secreción de melatonina tiene lugar a partir de la tarde y durante la noche, hasta las 03:00-05:00.
4. La secreción de melatonina aumenta con la edad.

Influencia de la depresión en el sueño: insomnio matutino

¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre cómo influyen diferentes factores en el sueño es correcta?:

1. El alcohol aumenta el tiempo de latencia y hace que las fases REM se produzcan después, aumentando el número total de horas de sueño.
2. Los estados depresivos producen insomnio matutino por acortar el periodo de latencia, disminuyendo el número de horas de sueño.
3. Los estados de ansiedad dificultan conciliar el sueño por acortar el periodo de latencia, produciendo insomnio matutino.
4. El deporte moderado dificulta la conciliación del sueño porque produce excitación.
5. Los depresores del sistema nervioso central disminuyen el tiempo de latencia y hace que las fases REM se produzcan después, aumentando el número total de horas de sueño.

## 6. Valoración por necesidades de Virginia Henderson y priorización

Henderson, basándose en autores como **Maslow**, Erikson y Piaget, desarrolló un modelo basado en **14 necesidades básicas**; la enfermería actúa ante la **falta de fuerza, conocimiento o voluntad** para satisfacerlas <sup>F28</sup>. Luis Rodrigo, Fernández Ferrín y Navarro Gómez resumen el rol profesional como suplir a la persona cuando no puede hacerlo o «ayudarla a desarrollar lo que le falta (**fuerza, conocimientos o voluntad**)» para que logre su independencia <sup>F28</sup>.

| Necesidad (rótulos del H. U. Gregorio Marañón)<br><sup>F20</sup> | Rótulos en un plan de cuidados publicado <sup>F21</sup> |
|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Respiración                                                      | Respiración                                             |
| Alimentación                                                     | Comer/beber                                             |
| Eliminación                                                      | Eliminación                                             |
| Movilización                                                     | Moverse                                                 |
| Reposo y sueño                                                   | Dormir y descansar                                      |
| Vestirse y desvestirse                                           | Vestirse/desvestirse                                    |
| Temperatura                                                      | Termorregulación                                        |
| Higiene y estado de la piel                                      | Higiene personal y tegumentos                           |
| Seguridad                                                        | Detectar y evitar peligros y evitar perjudicar a otros  |
| Comunicación/Relación                                            | Comunicarse                                             |
| Creencias/Religión                                               | Reaccionar según propias creencias y valores            |
| Autorrealización                                                 | Ocuparse para sentirse realizado                        |
| Ocio                                                             | Recrearse y entretenerse                                |
| Aprendizaje                                                      | Aprender                                                |

**Priorizar con Maslow.** OpenStax cita la jerarquía de Maslow, junto con el ABC (vía aérea, respiración, circulación) y la distinción entre problemas reales y potenciales o agudos y crónicos, entre los formatos habituales para **establecer prioridades**; lo que es necesario para la vida va primero <sup>F6</sup>. La jerarquía de Maslow **empieza en las necesidades fisiológicas** y culmina en la **autorrealización**: fisiológicas, seguridad, amor (pertenencia), **autoestima** y autorrealización <sup>F22</sup>. Según Maslow, las necesidades de pertenencia no emergen hasta que las fisiológicas y de seguridad están satisfechas <sup>F22</sup>.

## Jerarquía, no escalera rígida

Es un mito pensar que las necesidades inferiores deben satisfacerse **por completo** antes de pasar a las superiores: se trata de una **prioridad relativa** <sup>F22</sup>. Como regla general, los problemas fisiológicos (vía aérea, eliminación) se sitúan en la base y la **autoestima** en los niveles altos de la pirámide <sup>F22</sup>; pero Maslow se combina con otros criterios, como que un problema real prima sobre uno potencial <sup>F6</sup>.

EIR 2012 · 59

P34 · respuesta en el solucionario

Prioridad de diagnósticos según Maslow: baja autoestima menor prioridad

De los siguientes diagnósticos de enfermería de la NANDA, ¿cuál es el de menor prioridad según la jerarquía de necesidades de Maslow?:

1. Baja autoestima situacional.
2. Deterioro de la interacción social.
3. Ansiedad.
4. Limpieza ineficaz de la vía aérea.
5. Estreñimiento.

## 7. Diagnóstico enfermero y problemas de colaboración

En la fase diagnóstica la enfermera, con los datos de la valoración, establece juicios sobre problemas de salud **reales o potenciales** <sup>F1</sup>. Carpenito distingue dos tipos de situaciones: los **diagnósticos enfermeros** y los **problemas de colaboración** <sup>F24</sup>.

| Autor                 | Problema de colaboración o interdependiente                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Carpenito             | «Ciertas <b>complicaciones fisiológicas</b> que la enfermera <b>controla para detectar su aparición o cambios</b> en el estado de salud» <sup>F24</sup>                                                                                                                                                                    |
| Alfaro                | «Un problema <b>real o potencial</b> que aparece como resultado de <b>complicaciones de la enfermedad primaria</b> , estudios diagnósticos o tratamientos médicos o quirúrgicos y que pueden <b>prevenirse</b> , resolverse o reducirse mediante actividades interdependientes o de colaboración enfermera» <sup>F23</sup> |
| Cuesta y cols. (1994) | «Problema real o posible de salud, cuya <b>responsabilidad de tratamiento recae sobre otro profesional</b> , pero que puede ser <b>detectado por la enfermera</b> y que ésta ayuda a resolver mediante actividades —propias o de colaboración— de tratamiento» <sup>F23</sup>                                              |



### Objetivo enfermero ante un problema de colaboración

**Prevenir y vigilar** (detectar) la aparición o los cambios de la complicación, y aplicar las actividades de tratamiento y control que prescribe otro profesional <sup>F23,F24</sup>.

**Real y potencial.** Cuesta y cols. (1994) distinguen dos tipos de problema interdependiente. En el **real**, un problema presente que debe tratar otro profesional, la actuación de la enfermera se orienta a la **aplicación del tratamiento prescrito** y a la **búsqueda de signos y síntomas que indican un agravamiento**; en el **potencial**, una posible complicación, se dirige a la **búsqueda de signos y síntomas que identifican la aparición del problema** <sup>F23</sup>. En los dos casos la enfermera **vigila la aparición o los cambios** de la complicación, que es lo que recoge la definición de Carpenito <sup>F23,F24</sup>.

EIR 2006 · 9

P56 · respuesta en el solucionario

Problemas de colaboración: definición y objetivo enfermero (prevenir y vigilar)

Los problemas interdependientes o de colaboración se refieren a:

1. Un problema real o potencial derivado de la enfermedad, en el que la actuación de la enfermera se orienta a la realización de actividades de tratamiento y control prescritas por otros profesionales.
2. Un problema real o potencial que presenta la persona, pero que no llega a la categoría de diagnóstico.
3. Según la NANDA es un problema real o potencial de etiología desconocida y con características definitorias.
4. Según la NANDA es un problema potencial que se enuncia como secundario de un problema real.
5. Los problemas interdependientes son los que requieren de la intervención de la enfermera y el médico y los problemas de colaboración son los que precisan de la intervención de la enfermera y otro profesional.

Problemas de colaboración: definición y objetivo enfermero (prevenir y vigilar)

Cuando se identifica en una persona un problema interdependiente, el objetivo central de enfermería es:

1. Poner en práctica las prescripciones médicas para el tratamiento y vigilar el estado del trastorno.
2. Independiente.
3. Orientado a la fisiopatología, la enfermera no es responsable del diagnóstico.
4. Prevenir y tratar.
5. Prevenir y vigilar la aparición o el estado del trastorno.

**Errores al escribir un diagnóstico.** Guirao-Goris y cols. recomiendan escribirlo «con palabras que se refieran más a las **respuestas del sujeto** que a las **necesidades de actuación enfermera**» (incorrecto: «Necesita nutrición adecuada»); usar «relacionado con»; no emitir juicios de valor; no reformular diagnósticos médicos como enfermeros; no formular dos problemas a la vez; y expresar problema y etiología con conceptos del campo de actuación enfermero <sup>F23</sup>.

Error en formulación diagnóstica: considerar necesidades como problemas

Señale de las siguientes respuestas cuál puede ser causa de error en la formulación de diagnósticos de Enfermería:

1. Detectar los factores causales o de riesgo.
2. Identificar manifestaciones, signos y síntomas.
3. Asegurarse que la respuesta del paciente precede al factor causal.
4. Considerar las necesidades como problemas.

## 8. Planificación: prioridades, objetivos e intervenciones

En la planificación «se determina qué se va a realizar, cómo y cuándo para lograr prevenir, controlar o eliminar» los problemas identificados <sup>F1</sup>. La fuente la divide en subfases, entre ellas **selección de prioridades, planteamiento de resultados esperados o metas y determinación de intervenciones** <sup>F1</sup>. El **plan de cuidados** recoge, por tanto, los **problemas** priorizados, los **objetivos o resultados** y las **intervenciones o acciones** <sup>F1</sup>. Describir cómo se llevan a cabo los cuidados en el momento es propio de la ejecución, no de la planificación <sup>F1</sup>.

### EIR 2004 · 89

P46 · respuesta en el solucionario

Plan de cuidados y fase de planificación: componentes (priorizar, objetivos/resultados, intervenciones)

Un plan de cuidados de Enfermería comprende los siguientes elementos:

1. Los problemas identificados, los objetivos y las acciones.
2. La recogida de datos y la identificación del diagnóstico de Enfermería.
3. La recogida de datos y las pruebas diagnósticas.
4. Los problemas reales y la evaluación del plan de cuidados.
5. La valoración de las necesidades del paciente y las actuaciones de Enfermería.

### EIR 2007 · 4

P42 · respuesta en el solucionario

Plan de cuidados y fase de planificación: componentes (priorizar, objetivos/resultados, intervenciones)

Señale el enunciado que NO se corresponde con los componentes del proceso de planificación de los cuidados:

1. Establecer una serie prioritaria de diagnósticos.
2. Diseñar criterios de resultados.
3. Enunciar objetivos.
4. Prescribir intervenciones enfermeras.
5. Describir la forma en la que se llevan a cabo los cuidados.

### EIR 2018 · 26

P12 · respuesta en el solucionario

Plan de cuidados y fase de planificación: componentes (priorizar, objetivos/resultados, intervenciones)

La fase de planificación del proceso enfermero implica:

1. Obtener, Recoger, Organizar, Validar y Valorar.
2. Identificar, Validar, Inferir e Interpretar.
3. Priorizar, Definir criterios de Resultados y Estrategias.
4. Actualizar datos, Actuar, Favorecer la relación de ayuda.

**Formular los resultados esperados.** Un resultado es «un estado, conducta o percepción **individual, familiar o comunitaria** que se espera medir» en respuesta a una intervención <sup>F1</sup>. Sus componentes <sup>F1</sup>:

| Componente                     | Qué es <sup>F1</sup>                                                                                                                  | Ejemplo                                |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Sujeto</b>                  | La <b>persona implicada</b> o que se espera pueda lograr la meta (no la enfermera)                                                    | El señor Pedro                         |
| <b>Verbo en futuro</b>         | Acción que se espera <b>medir</b> ; verbos <b>mensurables</b> (identificará, caminará, demostrará, hará un listado...), no abstractos | Caminará                               |
| <b>Condición</b>               | De qué manera se espera que la persona realice la acción                                                                              | Con muletas                            |
| <b>Criterio de realización</b> | Indicador o unidad de medida que permite saber si se logró                                                                            | (indicador medible)                    |
| <b>Periodo</b>                 | Momento o plazo de ejecución                                                                                                          | A las tres horas; al egreso; en un mes |

OpenStax pide que los resultados sigan el formato **SMART** y sean **realistas**, es decir, razonables y alcanzables para ese paciente concreto <sup>F6</sup>.



### Objetivo bien y mal formulado

Bien: sujeto = **la persona o su familia**, verbo **observable y medible**, condición, criterio y **plazo** <sup>F1</sup>.  
 Mal: redactado como actividad de la enfermera («mantener la hidratación», «la enfermera hará...»), con verbos abstractos o sin sujeto ni plazo <sup>F1,F6</sup>.

#### EIR 2010 · 16

P38 · respuesta en el solucionario

Formulación correcta de objetivos (centrados en la persona, conducta observable, plazo)

De los objetivos que se enuncian, ¿cuál NO está formulado correctamente para un plan de cuidados?:

1. El paciente beberá 100 cc de agua cada dos horas.
2. Mantener la hidratación del paciente diariamente.
3. El paciente caminará 10 minutos cada dos horas.
4. La paciente se administrará la insulina siguiendo una técnica aséptica.
5. La paciente identificará los alimentos que puede comer.

Formulación correcta de objetivos (centrados en la persona, conducta observable, plazo)

De los objetivos que se enuncian señalar el que está formulado correctamente para un plan de cuidados:

1. Los padres bañarán solos a la recién nacida en su habitación al tercer día de salir de la incubadora.
2. El enfermo comprenderá la importancia de seguir una alimentación adecuada.
3. La enfermera llevará a cabo la técnica de canalización de la vía correctamente de manera que evite el riesgo de infección.
4. La enfermera hará un listado para el enfermo con los alimentos que le son más recomendables para su dieta.
5. Todos ellos están enunciados correctamente.

Formulación correcta de objetivos (centrados en la persona, conducta observable, plazo)

Al plantear los objetivos en el Plan de Cuidados es fundamental formularlos:

1. En forma de actividades enfermeras, para poder comprobar con seguridad su consecución, en función de si se han realizado o no.
2. Utilizando términos que indiquen los cambios que la enfermera pretende conseguir, tales como; facilitar, hacer capaz, permitir o verbos análogos seguidos de las palabras al paciente.
3. En términos de respuestas de la persona a la que va dirigido el plan.
4. Tratando de conseguir que un objetivo permita resolver el máximo posible de diagnósticos.

**Dominios de los objetivos de aprendizaje.** Se identifican tres: **cognitivo** (conocer, pensar, comprender), **afectivo** (sentimientos, incluidas **actitudes, intereses y valores**) y **psicomotor** (patrones organizados de actividad muscular: habilidades) <sup>F9</sup>. Un objetivo que busca cambiar actitudes es del dominio afectivo <sup>F9</sup>.

Dominios de los objetivos: el cambio de actitudes es afectivo

En un plan de cuidados, un objetivo encaminado a conseguir un cambio de actitudes de la persona respecto a sus hábitos alimentarios, se referirá al dominio:

1. Psicomotor.
2. Cognitivo.
3. Fisiológico.
4. Social.
5. Afectivo.

**Elegir las intervenciones.** Deben ser **coherentes con el diagnóstico** y actuar sobre su causa; las actividades han de ser **concretas y posibles de realizar** según la condición del paciente y el lugar, **considerando los recursos institucionales** con que se cuenta y el resultado que se desea lograr <sup>F1</sup>.

La NIC es **solo un libro orientador**: si se usa, hace falta pensamiento crítico para concretar las actividades a la condición y el contexto de cada paciente <sup>F1</sup>. La enfermera aplica su juicio clínico para priorizar las intervenciones teniendo en cuenta el estado del paciente, **sus preferencias** y su respuesta al tratamiento <sup>F37</sup>.

**EIR 2015 · 37**

P21 · respuesta en el solucionario

Criterio de elección de intervenciones: alcanzables con los recursos

El criterio fundamental para la elección de las intervenciones en un plan de enfermería, es que éstas sean:

1. Alcanzables con los recursos disponibles.
2. Las recomendadas en el plan de cuidados estandarizado.
3. Eficaces con independencia de los criterios de la persona.
4. Basadas exclusivamente en el conocimiento de la enfermera.
5. Todas son correctas.

## 9. Ejecución, registro y evaluación

**Ejecución:** «puesta en práctica del plan de cuidados con el fin de obtener los resultados esperados» <sup>F1</sup>.

**Registro.** Hay que registrar **en tiempo real**, en cuanto ocurren las valoraciones e intervenciones; ceñirse a **información objetiva** y evitar opiniones; documentar los **cambios** en el estado del paciente, tanto mejorías como empeoramientos; y, en las notas narrativas, ser claro y conciso y **centrarse en los acontecimientos significativos** <sup>F8</sup>.

### EIR 2004 · 91

P45 · respuesta en el solucionario

Fase de ejecución del PAE: definición

Dentro del Proceso de Atención de Enfermería, la etapa de ejecución de los cuidados es:

1. Recogida y priorización de los datos, con el fin de obtener todos los hechos necesarios para determinar el estado de salud.
2. Un proceso de la toma de decisiones para la elaboración del Plan de Cuidados.
3. La puesta en marcha del Plan de Cuidados para conseguir los objetivos que se han propuesto.
4. Establecimiento de prioridades de los problemas identificados, de acuerdo al modelo teórico y a las características del propio paciente.
5. Identificar los problemas de salud, y las acciones interdependientes de Enfermería, para conseguir los objetivos planteados.

### EIR 2014 · 29

P51 · respuesta en el solucionario

Registro de la ejecución: centrarse en lo significativo y los cambios

Al registrar los datos obtenidos durante la ejecución de los cuidados, lo apropiado es:

1. Tomarse un tiempo para hacer las anotaciones, después de una reflexión basada en lo que se recuerde.
2. Centrarse en los problemas y acontecimientos importantes que comunican lo que es diferente ese día en esa persona.
3. Recoger todo lo que se ha percibido sobre la respuesta, aunque sea subjetivo, por ser una información importante para el equipo.
4. Registrar todas las manifestaciones normales que presenta la persona.
5. Realizar las anotaciones de manera general, sin describir concreciones temporales que dificultarían la interpretación.

**Evaluación:** «la determinación **sistemática** del progreso del paciente hacia los resultados y objetivos fijados en la planificación»; es una actividad **dinámica y continua** <sup>F7</sup>. Sus pasos <sup>F7</sup>:

- **Recoger datos** objetivos y subjetivos sobre el estado del paciente <sup>F7</sup>.
- **Comparar** el estado actual con los datos basales y con los **resultados esperados** <sup>F7</sup>.
- **Analizar** si las intervenciones han sido eficaces (relacionar lo hecho con lo obtenido) <sup>F7</sup>.
- **Decidir:** si el objetivo se cumple, **continuar** con el plan; si no, **revalorar**, revisar las intervenciones, consultar y **modificar** el plan; y **terminar** las intervenciones que ya no son pertinentes, factibles o eficaces <sup>F7</sup>.

## Qué no es evaluación

Elegir los resultados y sus indicadores es trabajo de la **planificación**; en la evaluación se comparan los datos con esos resultados ya elegidos <sup>F1,F7</sup>. Modificar el plan porque no se ha logrado el objetivo sí es **evaluación** <sup>F7</sup>.

### EIR2026-129: empeoramiento sin causa identificada

La clave oficial de **EIR2026-129** da por correcto **continuar con el plan de cuidados** cuando, en la evaluación, el paciente ha empeorado y no se han identificado las causas. Las fuentes consultadas no tratan ese caso concreto y apuntan a otra cosa: OpenStax indica **continuar** el plan cuando el objetivo se cumple, y aun entonces sin modificarlo **salvo que cambie el estado del paciente**; si el estado no mejora como se esperaba o el objetivo no se cumple, **revalorar, revisar las intervenciones, consultar y revisar el plan** <sup>F7</sup>. NANDA-I (INKA) pide revalorar con frecuencia y revisar las acciones, los diagnósticos o el plan **según los datos nuevos** <sup>F32</sup>.

#### EIR 2014 · 31

P26 · respuesta en el solucionario

Componentes de la etapa de evaluación (no incluye elegir resultados e indicadores)

NO es un componente de la etapa de evaluación del Proceso de Enfermería:

1. La recogida de datos relacionados con los resultados.
2. La comparación de los datos con los resultados deseados.
3. La relación de las actividades enfermeras con los resultados.
4. La continuación, modificación o terminación del plan de cuidados.
5. La elección de resultados pertinentes y determinación de indicadores precisos.

#### EIR 2015 · 32

P22 · respuesta en el solucionario

Identificar la fase del PAE en un caso: evaluación

Una señora está siendo tratada en el hospital por un problema respiratorio. El diagnóstico que identifica su enfermera es el de “Limpieza ineficaz de la vía respiratoria relacionada con secreciones acumuladas que obstruyen las vías respiratorias”. Después de cuatro días de tratamiento con ejercicios respiratorios, ingestión de líquidos, etc., la enfermera detecta que esta señora no ha recuperado la eficacia de su función respiratoria. Ambas acuerdan modificar el plan y aumentar los ejercicios con tos asistida y respiraciones profundas más frecuentes. Estas acciones se corresponden con la fase del proceso de enfermería de:

1. Valoración.
2. Diagnóstico.
3. Planificación.
4. Evaluación.
5. Revaluación.

Evaluación del PAE con empeoramiento sin causa identificada: continuar el plan

Si en la fase de evaluación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) observamos que el paciente ha empeorado y no hemos logrado identificar las causas que han provocado dicho empeoramiento, ¿qué haría?:

1. Continuar con el plan de cuidados establecido.
2. Modificar el plan de cuidados.
3. Modificar el diagnóstico enfermero o problema de colaboración.
4. Dar por solucionado el diagnóstico enfermero o problema de colaboración.

## Todas las preguntas del tema (46)

De la más reciente a la más antigua. Las respuestas, en el solucionario.

**EIR 2026 · 135**

P1 · respuesta en el solucionario

¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el pensamiento enfermero es FALSA?:

1. Los prejuicios y creencias de los y las enfermeras pueden sesgar el juicio clínico.
2. La presión del tiempo y las interrupciones reducen la calidad del pensamiento crítico.
3. Es irrelevante conocer el patrón típico de respuesta del paciente para la toma de decisiones clínicas.
4. La autorregulación es una habilidad necesaria para desarrollar el pensamiento crítico.

**EIR 2026 · 131**

P2 · respuesta en el solucionario

Paciente de 50 años, refiere ser alérgico a un medicamento, ya que en una cirugía previa tuvo una reacción anafiláctica, pero no recuerda el nombre de dicha medicación. ¿En qué patrón funcional de Marjory Gordon incluirías esta información?:

1. Percepción-manejo de la salud.
2. Autopercepción-autoconcepto.
3. Cognitivo-perceptual.
4. Evitar peligros ambientales y evitar lesiones a otras personas.

**EIR 2026 · 129**

P3 · respuesta en el solucionario

Si en la fase de evaluación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) observamos que el paciente ha empeorado y no hemos logrado identificar las causas que han provocado dicho empeoramiento, ¿qué haría?:

1. Continuar con el plan de cuidados establecido.
2. Modificar el plan de cuidados.
3. Modificar el diagnóstico enfermero o problema de colaboración.
4. Dar por solucionado el diagnóstico enfermero o problema de colaboración.

**EIR 2024 · 192**

P4 · respuesta en el solucionario

En la valoración de enfermería según los patrones funcionales de M. Gordon, ¿cuál de los siguientes aspectos NO se registraría dentro del patrón autopercepción-autoconcepto?:

1. Ánimo expansivo.
2. Expresión sobre su imagen corporal.
3. Reconocimiento de datos personales (edad, nivel de estudios, fecha de nacimiento).
4. Anhedonia.

En relación a los patrones funcionales es cierto que:

1. Uno de los patrones incluidos es sueño y descanso.
2. El patrón nutricional-metabólico pretende conocer el hábito defecatorio y/o urinario de la persona.
3. Se centra en 14 patrones funcionales.
4. Una de las necesidades incluidas en el modelo es moverse y mantener una buena postura.

Según la valoración por patrones funcionales de M. Gordon, el nivel de “insight” en una persona que padece esquizofrenia la incluiríamos dentro del patrón de:

1. Patrón cognitivo y perceptivo.
2. Patrón nutricional/metabólico.
3. Patrón percepción/mantenimiento de la salud.
4. Patrón de afrontamiento y tolerancia al estrés.

La observación es una de las funciones primordiales de los profesionales de la salud. Señale la opción INCORRECTA:

1. Es un proceso pasivo y voluntario.
2. Es el arte de saber escuchar, escoger y analizar la información.
3. Se debe hacer con discreción.
4. Debe ser precisa, verídica y completa.

El modelo de pensamiento crítico de los cuatro círculos de R. Alfaro-LeFevre ofrece un marco general sobre lo que significa pensar con sentido crítico. ¿Cuál de las siguientes opciones NO está incluida dentro de ese modelo?:

1. Desarrollar habilidades interculturales.
2. Desarrollar características y conductas.
3. Adquirir conocimiento teórico y práctico.
4. Ampliar habilidades técnicas prácticas.

En las habilidades para el razonamiento clínico “formarse opiniones o deducir basándose en la interpretación lógica de los datos”, se denomina:

1. Puntos de vista.
2. Conceptualizar.
3. Inferir.
4. Supuestos.

Señale de los siguientes factores, cuáles pueden tanto dificultar como fomentar el pensamiento crítico:

1. Desarrollo moral.
2. Experiencia, Autoconfianza.
3. Habilidades para la escritura, manejo del lenguaje.
4. Conocimiento de la situación y de los recursos.

¿En qué patrón funcional de Marjory Gordon se valoran la percepción de las capacidades afectivas y el estado emocional?:

1. Cognitivo-Perceptual.
2. Rol-Relaciones.
3. Adaptación-Tolerancia al estrés.
4. Autopercepción-Autoconcepto.

La fase de planificación del proceso enfermero implica:

1. Obtener, Recoger, Organizar, Validar y Valorar.
2. Identificar, Validar, Inferir e Interpretar.
3. Priorizar, Definir criterios de Resultados y Estrategias.
4. Actualizar datos, Actuar, Favorecer la relación de ayuda.

En la valoración por Patrones Funcionales de Marjory Gordon, la capacidad percibida para los autocuidados con un Nivel funcional de codificación III indica:

1. Requiere ayuda o supervisión de otra persona.
2. Necesita el uso de un equipo o dispositivo.
3. Completo autocuidado, es independiente.
4. Requiere ayuda de otra persona (y equipo o dispositivo).

¿Cuál de las siguientes es una característica definitoria del proceso de enfermería?:

1. Desorganizado.
2. Global.
3. Racional.
4. Centrado en la enfermedad.

Al plantear los objetivos en el Plan de Cuidados es fundamental formularlos:

1. En forma de actividades enfermeras, para poder comprobar con seguridad su consecución, en función de si se han realizado o no.
2. Utilizando términos que indiquen los cambios que la enfermera pretende conseguir, tales como; facilitar, hacer capaz, permitir o verbos análogos seguidos de las palabras al paciente.
3. En términos de respuestas de la persona a la que va dirigido el plan.
4. Tratando de conseguir que un objetivo permita resolver el máximo posible de diagnósticos.

Con respecto al pensamiento crítico, cuál de los siguientes términos utilizados por Richard Paul como características de los pensadores críticos es INCORRECTA. Los pensadores críticos son:

1. Humildes.
2. Realistas.
3. Reactivos.
4. Buenos comunicadores.

La capacidad del paciente para tomar decisiones, los informes de las preferencias sobre el tratamiento, el conflicto entre el paciente y la familia en cuanto a la toma de decisiones, en qué patrón funcional de salud de Marjory Gordon se valoran:

1. Cognitivo-Perceptivo.
2. Autopercepción-Autoconcepto.
3. Rol-Relaciones.
4. Valores-Creencias.

Señale a cuál de las siguientes autoras se le atribuye el origen del término “Proceso de Enfermería”:

1. M. Gordon.
2. E. Fry.
3. E. Wiedenbach.
4. L. Hall.

Señale la respuesta correcta. Respecto a las fases del Proceso de Atención de Enfermería, puede afirmarse que la última fase en incluirse con entidad propia en el actual modelo de cinco etapas fue:

1. Fase de evaluación.
2. Fase diagnóstica.
3. Fase de planificación.
4. Fase de ejecución.

Cuando usted valora al paciente oncológico ¿en qué Patrón Funcional de M. Gordon se incluye el Índice de Barthel?:

1. Cognitivo-Perceptual.
2. Actividad-Ejercicio.
3. Percepción-Manejo de la Salud.
4. Nutricional-Metabólico.
5. Autopercepción-Autoconcepto.

El criterio fundamental para la elección de las intervenciones en un plan de enfermería, es que éstas sean:

1. Alcanzables con los recursos disponibles.
2. Las recomendadas en el plan de cuidados estandarizado.
3. Eficaces con independencia de los criterios de la persona.
4. Basadas exclusivamente en el conocimiento de la enfermera.
5. Todas son correctas.

Una señora está siendo tratada en el hospital por un problema respiratorio. El diagnóstico que identifica su enfermera es el de “Limpieza ineficaz de la vía respiratoria relacionada con secreciones acumuladas que obstruyen las vías respiratorias”. Después de cuatro días de tratamiento con ejercicios respiratorios, ingestión de líquidos, etc., la enfermera detecta que esta señora no ha recuperado la eficacia de su función respiratoria. Ambas acuerdan modificar el plan y aumentar los ejercicios con tos asistida y respiraciones profundas más frecuentes. Estas acciones se corresponden con la fase del proceso de enfermería de:

1. Valoración.
2. Diagnóstico.
3. Planificación.
4. Evaluación.
5. Revaluación.

La definición de Phaneuf: “Proceso organizado y sistemático de búsqueda de información realizada a partir de diversas fuentes, con el fin de descubrir el grado de satisfacción de las diferentes necesidades de la persona, identificar de este modo sus problemas, conocer sus recursos personales y planificar las intervenciones que puedan ayudarla”. Se refiere al concepto de:

1. Proceso de atención de enfermería.
2. Pensamiento crítico.
3. Razonamiento clínico.
4. Valoración.
5. Diagnóstico.

Según Rosalinda Alfaro-LeFevre “el pensamiento crítico es la clave para la resolución de problemas” y a partir de esta idea la autora desarrolla su significado en la aplicación del proceso enfermero. Una característica de este pensamiento es que:

1. No necesita estar basado en principios de la ciencia ni del método científico.
2. Es deliberado y dirigido a un objetivo.
3. Se basa en conjeturas.
4. Es innato.
5. No requiere de evidencias.

Mientras el Sr. L. K. de 52 años, natural de un país centroeuropeo y residente en España desde hace 4 meses y 20 días, le informa de las dificultades de integración en la sociedad española que tiene debido a que los que “hablan español no hacen ningún esfuerzo por entenderle y él habla muy poco el idioma español y, además, tiene un montón de barreras idiomáticas para entenderse en el trabajo y hacer amigos”, está usted valorando el patrón funcional de salud:

1. Adaptación – Tolerancia al estrés.
2. Cognitivo – Perceptual.
3. Rol – Relaciones.
4. Comunicación – Pertenencia a Grupos.
5. Percepción – Manejo de la Salud.

NO es un componente de la etapa de evaluación del Proceso de Enfermería:

1. La recogida de datos relacionados con los resultados.
2. La comparación de los datos con los resultados deseados.
3. La relación de las actividades enfermeras con los resultados.
4. La continuación, modificación o terminación del plan de cuidados.
5. La elección de resultados pertinentes y determinación de indicadores precisos.

En la entrevista a un paciente durante la etapa de valoración, las preguntas abiertas presentan una desventaja porque:

1. Pueden revelar la afectividad del entrevistado respecto a un aspecto.
2. Las respuestas son difíciles de registrar y hacerlo exige habilidad.
3. Dejan hablar al entrevistado.
4. Se concede demasiada importancia a las opiniones del entrevistado.
5. Pueden atraer el interés y la confianza por la libertad que proporcionan.

La validación o verificación de la información es un paso esencial en el pensamiento crítico que le ayuda a evitar:

1. Hacer asunciones.
2. Omitir información pertinente.
3. Malinterpretar las situaciones.
4. Extraer conclusiones precipitadas o centrarse en una dirección equivocada.
5. Todas las respuestas anteriores son correctas.

Una de las características del Proceso de Enfermería es:

1. La toma de decisiones es característica de la etapa de planificación.
2. Se centra en la enfermera.
3. Los datos de cada fase proporcionan información para la siguiente.
4. La toma de decisiones debe estar ligada a respuesta estándar.
5. Debe diseñarse de manera que permanezca estático.

Según Alfaro-Lefevre, el pensar de manera crítica en el contexto de las situaciones enfermeras significa que:

1. Constantemente se está revaluando, autocorrigiendo y buscando mejorar.
2. Sustituye el proceso de atención de enfermería.
3. Apoya propuestas concretas para mantener las prioridades e intervenciones.
4. Hace que pierdan importancia las propias limitaciones y predisposiciones.
5. Proporciona los argumentos para justificar que la mejor respuesta es la perfecta.

MT Luis y colaboradoras, para aplicar en la práctica el Modelo de V. Henderson, proponen organizar los datos en cada una de las necesidades en los apartados de:

1. Datos objetivos, subjetivos y expresiones de la persona y/o familia.
2. Entrevista, observación, exploración e información obtenida por otros profesionales del equipo.
3. Hábitos y costumbres de cuidados, estado de salud que influye en los cuidados relacionados con las necesidades, necesidades de cuidados que plantea la persona y acciones que son necesarias llevar a cabo.
4. Demandas de cuidados relacionadas con cada una de las necesidades, capacidades de la persona y problemas que plantea.
5. Manifestaciones de independencia y dependencia, dejando un tercer apartado abierto que titulan como datos que deben considerarse.

Una enfermera se propone llevar a cabo una evaluación sobre la calidad de los planes de cuidados. Señale la relación correcta entre el criterio a valorar y la fase del proceso a que corresponde:

1. ¿Los datos son completos y exactos y están validados? (Fase de diagnóstico).
2. ¿Se le dieron explicaciones al enfermo antes de llevar a cabo la intervención? (Fase de planificación).
3. ¿Las prescripciones enfermeras son claras, específicas y detalladas? (Fase de ejecución).
4. ¿Se ha resuelto algún diagnóstico enfermero? (Fase de valoración).
5. ¿Existe un fundamento lógico que justifique cada prescripción enfermera? (Fase de planificación).

De las afirmaciones expresadas por AlfaroLeFevre respecto al significado del pensamiento crítico, señale la que NO es correcta:

1. Como concepto es equiparable al de proceso de atención de enfermería.
2. Persigue emitir juicios basados en evidencias (hechos) en vez de en conjeturas (suposiciones).
3. Supone un pensamiento deliberado, dirigido a un objetivo.
4. Se basa en estrategias que maximicen el potencial humano y compensen los problemas causados por la naturaleza humana.
5. Se basa en principios de la ciencia y el método científico.

De los siguientes diagnósticos de enfermería de la NANDA, ¿cuál es el de menor prioridad según la jerarquía de necesidades de Maslow?:

1. Baja autoestima situacional.
2. Deterioro de la interacción social.
3. Ansiedad.
4. Limpieza ineficaz de la vía aérea.
5. Estreñimiento.

En la fase de valoración del proceso de atención de enfermería, el momento en el que se agrupan los datos en grupos de información que ayuden a identificar patrones de salud o enfermedad, es conceptualizado por R. Alfaro-Lefevre como:

1. Recogida de datos.
2. Validación-verificación de los datos.
3. Organización de los datos.
4. Identificación de patrones-comprobación de las primeras hipótesis.
5. Informe y anotación de los datos.

De los objetivos que se enuncian señalar el que está formulado correctamente para un plan de cuidados:

1. Los padres bañarán solos a la recién nacida en su habitación al tercer día de salir de la incubadora.
2. El enfermo comprenderá la importancia de seguir una alimentación adecuada.
3. La enfermera llevará a cabo la técnica de canalización de la vía correctamente de manera que evite el riesgo de infección.
4. La enfermera hará un listado para el enfermo con los alimentos que le son más recomendables para su dieta.
5. Todos ellos están enunciados correctamente.

Señale la afirmación correcta en relación al proceso de atención de enfermería:

1. Tiene como finalidad organizar las actividades enfermeras.
2. En sí mismo significa consolidación profesional y avance disciplinar.
3. Adquiere su verdadero significado, para la profesión y la disciplina, con un marco teórico enfermero de referencia.
4. Es útil solamente en aquellas circunstancias de cuidados que vayan dirigidas hacia una persona, quedando excluidas las situaciones que los profesionales desarrollan cuando los usuarios de sus servicios es una persona, un grupo o una comunidad.
5. Es una serie diseñada de acciones dirigidas a conseguir los objetivos de la enfermera.

De los objetivos que se enuncian, ¿cuál NO está formulado correctamente para un plan de cuidados?:

1. El paciente beberá 100 cc de agua cada dos horas.
2. Mantener la hidratación del paciente diariamente.
3. El paciente caminará 10 minutos cada dos horas.
4. La paciente se administrará la insulina siguiendo una técnica aséptica.
5. La paciente identificará los alimentos que puede comer.

Cuando se identifica en una persona un problema interdependiente, el objetivo central de enfermería es:

1. Poner en práctica las prescripciones médicas para el tratamiento y vigilar el estado del trastorno.
2. Independiente.
3. Orientado a la fisiopatología, la enfermera no es responsable del diagnóstico.
4. Prevenir y tratar.
5. Prevenir y vigilar la aparición o el estado del trastorno.

¿Cuál de las siguientes actitudes dificulta el pensamiento crítico?:

1. Humildad intelectual.
2. Independencia de pensamiento.
3. Facilidad para hacer juicios de valor.
4. Curiosidad.
5. Perseverancia.

Según las formulaciones de Marjory Gordon, son factores a tener en cuenta en toda la valoración de los patrones funcionales de salud:

1. Los básicos condicionantes.
2. Los variables y permanentes.
3. Las respuestas humanas.
4. El estado de salud, la disponibilidad de la persona y su situación de dependencia.
5. La edad, el nivel de desarrollo, el género y la cultura.

Señale el enunciado que NO se corresponde con los componentes del proceso de planificación de los cuidados:

1. Establecer una serie prioritaria de diagnósticos.
2. Diseñar criterios de resultados.
3. Enunciar objetivos.
4. Prescribir intervenciones enfermeras.
5. Describir la forma en la que se llevan a cabo los cuidados.

La etapa de valoración del proceso de enfermería consiste en:

1. Realizar una entrevista a la persona y su familia para identificar los problemas de salud que presenta.
2. Concluir siempre en un diagnóstico enfermero.
3. Recoger los datos, analizarlos y sintetizarlos para identificar las respuestas humanas.
4. Utilizar diferentes técnicas de recogida de datos según el modelo de cuidados de referencia.
5. La selección, desencadenamiento, cribado y registro de los datos sobre las repuestas de la persona.

En relación con las personas que padecen problemas osteoarticulares, el diagnóstico de enfermería: “dolor crónico relacionado con deformidad articular”, correspondería según M. Gordon con el patrón funcional de:

1. Autopercepción/autoconcepto.
2. Afrontamiento o tolerancia al estrés.
3. Cognitivo/perceptivo.
4. Valores/creencias.
5. Actividad/ejercicio.

Dentro del Proceso de Atención de Enfermería, la etapa de ejecución de los cuidados es:

1. Recogida y priorización de los datos, con el fin de obtener todos los hechos necesarios para determinar el estado de salud.
2. Un proceso de la toma de decisiones para la elaboración del Plan de Cuidados.
3. La puesta en marcha del Plan de Cuidados para conseguir los objetivos que se han propuesto.
4. Establecimiento de prioridades de los problemas identificados, de acuerdo al modelo teórico y a las características del propio paciente.
5. Identificar los problemas de salud, y las acciones interdependientes de Enfermería, para conseguir los objetivos planteados.

Un plan de cuidados de Enfermería comprende los siguientes elementos:

1. Los problemas identificados, los objetivos y las acciones.
2. La recogida de datos y la identificación del diagnóstico de Enfermería.
3. La recogida de datos y las pruebas diagnósticas.
4. Los problemas reales y la evaluación del plan de cuidados.
5. La valoración de las necesidades del paciente y las actuaciones de Enfermería.

## Preguntas que también podrían ser de este tema (10)

La clasificación automática dudó entre este tema y otro.

**EIR 2024 · 193**

P47 · respuesta en el solucionario

En relación con el patrón de sexualidad y reproducción en una persona con problemas de salud mental, señale la respuesta correcta:

1. No es relevante para la valoración de enfermería si la actividad sexual habitual resulta satisfactoria o indiferente.
2. La enfermera debe valorar si la actividad sexual se ajusta a criterios de normalidad para detectar posibles dificultades sexuales.
3. El deseo sexual inhibido es un síntoma asociado a la hipomanía.
4. La adherencia al tratamiento puede estar condicionada por efectos secundarios de la medicación.

**EIR 2024 · 138**

P48 · respuesta en el solucionario

En cuanto a la melatonina y su relación con el sueño, es cierto que:

1. La melatonina tiene propiedades hipnóticas directas, por lo que su uso está indicado en cualquier tipo de insomnio.
2. La secreción de melatonina se inhibe en presencia de luz solar directa, pero no por exposición a luces de alta luminosidad, como pantallas de móvil u otros dispositivos electrónicos.
3. La secreción de melatonina tiene lugar a partir de la tarde y durante la noche, hasta las 03:00-05:00.
4. La secreción de melatonina aumenta con la edad.

**EIR 2024 · 136**

P49 · respuesta en el solucionario

En cuanto a la fase REM del sueño, señale la respuesta correcta:

1. Durante el sueño REM se mantiene una actividad cerebral muy lenta.
2. Durante el sueño REM se produce una disminución del tono de los músculos esqueléticos, salvo de los músculos extraoculares.
3. Durante el sueño REM, no existen alteraciones de la frecuencia cardíaca, la respiración y la temperatura corporal.
4. Durante el sueño tipo REM aumenta la actividad parasimpática y disminuye la simpática.

Señale de las siguientes respuestas cuál puede ser causa de error en la formulación de diagnósticos de Enfermería:

1. Detectar los factores causales o de riesgo.
2. Identificar manifestaciones, signos y síntomas.
3. Asegurarse que la respuesta del paciente precede al factor causal.
4. Considerar las necesidades como problemas.

Al registrar los datos obtenidos durante la ejecución de los cuidados, lo apropiado es:

1. Tomarse un tiempo para hacer las anotaciones, después de una reflexión basada en lo que se recuerde.
2. Centrarse en los problemas y acontecimientos importantes que comunican lo que es diferente ese día en esa persona.
3. Recoger todo lo que se ha percibido sobre la respuesta, aunque sea subjetivo, por ser una información importante para el equipo.
4. Registrar todas las manifestaciones normales que presenta la persona.
5. Realizar las anotaciones de manera general, sin describir concreciones temporales que dificultarían la interpretación.

En un plan de cuidados, un objetivo encaminado a conseguir un cambio de actitudes de la persona respecto a sus hábitos alimentarios, se referirá al dominio:

1. Psicomotor.
2. Cognitivo.
3. Fisiológico.
4. Social.
5. Afectivo.

¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre cómo influyen diferentes factores en el sueño es correcta?:

1. El alcohol aumenta el tiempo de latencia y hace que las fases REM se produzcan después, aumentando el número total de horas de sueño.
2. Los estados depresivos producen insomnio matutino por acortar el periodo de latencia, disminuyendo el número de horas de sueño.
3. Los estados de ansiedad dificultan conciliar el sueño por acortar el periodo de latencia, produciendo insomnio matutino.
4. El deporte moderado dificulta la conciliación del sueño porque produce excitación.
5. Los depresores del sistema nervioso central disminuyen el tiempo de latencia y hace que las fases REM se produzcan después, aumentando el número total de horas de sueño.

La señora López ingresada en un hospital desde hace 8 días, manifiesta que viene teniendo dificultades para mantener la eliminación intestinal. Entre las causas que identifica la enfermera en relación con este problema, están que la señora López vive el momento de la defecación con falta de intimidad y miedo a producir olores desagradables, llegando incluso a obsesionarse. La recogida e interpretación de estos datos deben ser considerados en la dimensión:

1. Sociocultural.
2. De las prácticas sociales.
3. Cultural.
4. Ambiental.
5. Psicológica.

De los datos que aparecen a continuación, señale el enunciado que es un predictor altamente válido de la existencia de un patrón de estreñimiento intermitente:

1. Historia de esfuerzos frecuentes en la defecación.
2. Heces duras y formadas, hoy.
3. Referencias de 2 ó 3 episodios al mes de heces duras y formadas siguiendo un período de no movimiento intestinal.
4. Disminución del nivel de actividad, dolor de cabeza y deterioro del apetito.
5. Masa palpable en el abdomen.

Los problemas interdependientes o de colaboración se refieren a:

1. Un problema real o potencial derivado de la enfermedad, en el que la actuación de la enfermera se orienta a la realización de actividades de tratamiento y control prescritas por otros profesionales.
2. Un problema real o potencial que presenta la persona, pero que no llega a la categoría de diagnóstico.
3. Según la NANDA es un problema real o potencial de etiología desconocida y con características definitorias.
4. Según la NANDA es un problema potencial que se enuncia como secundario de un problema real.
5. Los problemas interdependientes son los que requieren de la intervención de la enfermera y el médico y los problemas de colaboración son los que precisan de la intervención de la enfermera y otro profesional.

## Solucionario

| Nº  | Pregunta       | Respuesta oficial | Notas                       |
|-----|----------------|-------------------|-----------------------------|
| P1  | EIR 2026 · 135 | <b>3</b>          |                             |
| P2  | EIR 2026 · 131 | <b>1</b>          |                             |
| P3  | EIR 2026 · 129 | <b>1</b>          |                             |
| P4  | EIR 2024 · 192 | <b>3</b>          |                             |
| P5  | EIR 2022 · 14  | <b>1</b>          |                             |
| P6  | EIR 2021 · 82  | <b>3</b>          |                             |
| P7  | EIR 2020 · 148 | <b>1</b>          |                             |
| P8  | EIR 2020 · 92  | <b>1</b>          |                             |
| P9  | EIR 2018 · 32  | <b>3</b>          | hoja del archivo oficial    |
| P10 | EIR 2018 · 31  | <b>2</b>          | hoja del archivo oficial    |
| P11 | EIR 2018 · 27  | <b>4</b>          | hoja del archivo oficial    |
| P12 | EIR 2018 · 26  | <b>3</b>          | hoja del archivo oficial    |
| P13 | EIR 2018 · 24  | <b>4</b>          | hoja del archivo oficial    |
| P14 | EIR 2017 · 165 | <b>3</b>          |                             |
| P15 | EIR 2017 · 55  | <b>3</b>          |                             |
| P16 | EIR 2017 · 54  | <b>3</b>          |                             |
| P17 | EIR 2017 · 53  | <b>1</b>          |                             |
| P18 | EIR 2016 · 65  | <b>4</b>          | hoja del archivo oficial    |
| P19 | EIR 2016 · 63  | <b>2</b>          | hoja del archivo oficial    |
| P20 | EIR 2015 · 93  | <b>2</b>          | reconstruida por un tercero |
| P21 | EIR 2015 · 37  | <b>1</b>          | reconstruida por un tercero |
| P22 | EIR 2015 · 32  | <b>4</b>          | reconstruida por un tercero |
| P23 | EIR 2015 · 30  | <b>4</b>          | reconstruida por un tercero |
| P24 | EIR 2015 · 29  | <b>2</b>          | reconstruida por un tercero |
| P25 | EIR 2014 · 129 | <b>3</b>          | reconstruida por un tercero |

| <b>N°</b> | <b>Pregunta</b> | <b>Respuesta oficial</b> | <b>Notas</b>                |
|-----------|-----------------|--------------------------|-----------------------------|
| P26       | EIR 2014 · 31   | <b>5</b>                 | reconstruida por un tercero |
| P27       | EIR 2014 · 27   | <b>2</b>                 | reconstruida por un tercero |
| P28       | EIR 2014 · 26   | <b>5</b>                 | reconstruida por un tercero |
| P29       | EIR 2014 · 25   | <b>3</b>                 | reconstruida por un tercero |
| P30       | EIR 2014 · 24   | <b>1</b>                 | reconstruida por un tercero |
| P31       | EIR 2013 · 25   | <b>5</b>                 | reconstruida por un tercero |
| P32       | EIR 2013 · 16   | <b>5</b>                 | reconstruida por un tercero |
| P33       | EIR 2013 · 14   | <b>1</b>                 | reconstruida por un tercero |
| P34       | EIR 2012 · 59   | <b>1</b>                 | reconstruida por un tercero |
| P35       | EIR 2012 · 11   | <b>3</b>                 | reconstruida por un tercero |
| P36       | EIR 2011 · 16   | <b>1</b>                 |                             |
| P37       | EIR 2011 · 8    | <b>3</b>                 |                             |
| P38       | EIR 2010 · 16   | <b>2</b>                 | reconstruida por un tercero |
| P39       | EIR 2010 · 15   | <b>5</b>                 | reconstruida por un tercero |
| P40       | EIR 2010 · 12   | <b>3</b>                 | reconstruida por un tercero |
| P41       | EIR 2009 · 11   | <b>5</b>                 | reconstruida por un tercero |
| P42       | EIR 2007 · 4    | <b>5</b>                 | reconstruida por un tercero |
| P43       | EIR 2006 · 7    | <b>3</b>                 | reconstruida por un tercero |
| P44       | EIR 2005 · 105  | <b>3</b>                 | reconstruida por un tercero |
| P45       | EIR 2004 · 91   | <b>3</b>                 | reconstruida por un tercero |
| P46       | EIR 2004 · 89   | <b>1</b>                 | reconstruida por un tercero |
| P47       | EIR 2024 · 193  | <b>4</b>                 |                             |
| P48       | EIR 2024 · 138  | <b>3</b>                 |                             |
| P49       | EIR 2024 · 136  | <b>2</b>                 |                             |
| P50       | EIR 2018 · 30   | <b>4</b>                 | hoja del archivo oficial    |
| P51       | EIR 2014 · 29   | <b>2</b>                 | reconstruida por un tercero |

| N°  | Pregunta      | Respuesta oficial | Notas                       |
|-----|---------------|-------------------|-----------------------------|
| P52 | EIR 2012 · 12 | <b>5</b>          | reconstruida por un tercero |
| P53 | EIR 2011 · 20 | <b>2</b>          |                             |
| P54 | EIR 2011 · 19 | <b>5</b>          |                             |
| P55 | EIR 2009 · 12 | <b>3</b>          | reconstruida por un tercero |
| P56 | EIR 2006 · 9  | <b>1</b>          | reconstruida por un tercero |

## Fuentes

- **F1** Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia (sede Bogotá). Fundamentos para la valoración de enfermería desde los dominios y clases funcionales, cap. 1: Generalidades del proceso de atención de enfermería (consenso docente de 2015-2016; cita a Ibáñez y Sarmiento). Publicación de la propia facultad. · [https://enfermeria.bogota.unal.edu.co/fileadmin/user\\_upload/publicaciones/capitulo1/fundamentos\\_enfermeria\\_capitulo1.pdf](https://enfermeria.bogota.unal.edu.co/fileadmin/user_upload/publicaciones/capitulo1/fundamentos_enfermeria_capitulo1.pdf) · consultada 2026-09-26
- **F2** Berman A, Snyder S, Frandsen G. Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing, 10.<sup>a</sup> ed. Pearson, 2016; cap. 10: Critical Thinking and Clinical Reasoning (muestra publicada por la editorial; fig. 10-1 adaptada de Alfaro-LeFevre R, Critical Thinking Indicators, 2014). · <https://www.pearson.com/content/dam/one-dot-com/one-dot-com/us/en/higher-ed/en/products-services/course-products/berman-10e-info/pdf/CH10.pdf> · consultada 2026-09-26
- **F3** Estrada Zapata K. Pensamiento crítico: concepto y su importancia en la educación en Enfermería. Index de Enfermería. 2019;28(4) (cita la definición de Alfaro-LeFevre y el informe Delphi de Facione, 1990). · [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962019000300009](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962019000300009) · consultada 2026-09-26
- **F4** OpenStax (Rice University). Clinical Nursing Skills, sección 28.2: Developing Critical Thinking Skills. 2024, licencia CC BY-NC-SA 4.0 (cita Alfaro-LeFevre, 2016). · <https://openstax.org/books/clinical-nursing-skills/pages/28-2-developing-critical-thinking-skills> · consultada 2026-09-26
- **F5** OpenStax (Rice University). Fundamentals of Nursing, secciones 12.1 The Nurse's Role in Assessment y 12.3 Collection of Assessment Data. 2024, licencia CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/fundamentals-nursing/pages/12-3-collection-of-assessment-data> · consultada 2026-09-26
- **F6** OpenStax (Rice University). Fundamentals of Nursing, sección 13.4: Focus of the Planning Phase. 2024, licencia CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/fundamentals-nursing/pages/13-4-focus-of-the-planning-phase> · consultada 2026-09-26
- **F7** OpenStax (Rice University). Fundamentals of Nursing, sección 14.3: The Nurse's Role in Evaluation (tabla 14.5). 2024, licencia CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/fundamentals-nursing/pages/14-3-the-nurses-role-in-evaluation> · consultada 2026-09-26
- **F8** OpenStax (Rice University). Fundamentals of Nursing, sección 14.5: Guidelines for Effective Documentation. 2024, licencia CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/fundamentals-nursing/pages/14-5-guidelines-for-effective-documentation> · consultada 2026-09-26
- **F9** OpenStax (Rice University). Fundamentals of Nursing, sección 17.2: Methods and Approaches to Learning and Teaching. 2024, licencia CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/fundamentals-nursing/pages/17-2-methods-and-approaches-to-learning-and-teaching> · consultada 2026-09-26
- **F10** OpenStax (Rice University). Fundamentals of Nursing, sección 13.1: Evolution of Nursing Diagnosis. 2024, licencia CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/fundamentals-nursing/pages/13-1-evolution-of-nursing-diagnosis> · consultada 2026-09-26
- **F11** Ministerio de Sanidad y Consumo, Consejo General de Enfermería. Proyecto NIPE: Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería. Madrid, 2002. Cap. 4: Metodología aplicable a las normas NE IG (valoración por patrones funcionales de Gordon). · <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/07Capitulo4.pdf> · consultada 2026-09-26

- **F12** Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud (Junta de Andalucía). Cuestionarios, tests e índices para la valoración del paciente, 2.ª ed. 2004 (índice por patrones funcionales). · [https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf\\_publicacion/2020/CuestionarioEnfermeria2004.pdf](https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2020/CuestionarioEnfermeria2004.pdf) · consultada 2026-09-26
- **F13** National Heart, Lung, and Blood Institute (NIH). Sleep Phases and Stages. 24/03/2022. · <https://www.nhlbi.nih.gov/health/sleep/stages-of-sleep> · consultada 2026-09-26
- **F14** Howell M, Avidan AY, Foldvary-Schaefer N, et al. Management of REM sleep behavior disorder: an American Academy of Sleep Medicine systematic review, meta-analysis, and GRADE assessment. J Clin Sleep Med. 2023. doi:10.5664/jcsm.10426. · <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10071381/> · consultada 2026-09-26
- **F15** Tordjman S, et al. Melatonin: pharmacology, functions and therapeutic benefits. Curr Neuropharmacol. 2017;15(3):434-443. doi:10.2174/1570159X14666161228122115. · <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5405617/> · consultada 2026-09-26
- **F16** National Center for Complementary and Integrative Health (NIH). Melatonin: What You Need To Know. Actualizado en mayo de 2024. · <https://www.nccih.nih.gov/health/melatonin-what-you-need-to-know> · consultada 2026-09-26
- **F17** López de Castro F, Fernández Rodríguez O, Mareque Ortega M, Fernández Agüero L. Abordaje terapéutico del insomnio. Semergen. 2012;38:233-240. doi:10.1016/j.semerg.2011.11.003. · <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-abordaje-terapeutico-del-insomnio-S1138359311004461> · consultada 2026-09-26
- **F18** Sarrais F, de Castro Manglano P. El insomnio. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2007;30(Supl. 1). · [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272007000200011](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000200011) · consultada 2026-09-26
- **F19** National Institute of Mental Health. Depression. NIH Publication No. 24-MH-8079, 2024. · <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/depression> · consultada 2026-09-26
- **F20** Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Comunidad de Madrid). Manual de diagnósticos de enfermería (NANDA) según necesidades de Virginia Henderson. 2013 (índice por necesidades). · <https://www.comunidad.madrid/hospital/gregoriomaranon/file/3577/download?token=orArlAxx> · consultada 2026-09-26
- **F21** Alcheikh Felices M, Petinal Algás B. Diseño y aplicación de un plan de cuidados para un paciente pediátrico en el Role2E de Herat (Afganistán). Sanidad Militar. 2018;74(1) (valoración por las 14 necesidades de Henderson). · [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1887-85712018000100032](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1887-85712018000100032) · consultada 2026-09-26
- **F22** Méndez A, Rojas M. Cambio en la jerarquía de necesidades básicas de Maslow: evidencia desde el estudio del bienestar subjetivo en México. Anales de Psicología. 2024;40(3):458-465. doi:10.6018/analesps.511101 (cita a Maslow 1943 y 1968). · <https://doi.org/10.6018/analesps.511101> · consultada 2026-09-26
- **F23** Guirao-Goris JA, Camaño Puig RE, Cuesta Zambrana A. Diagnóstico de enfermería. Categorías, formulación e investigación. Publicado en la web del autor en la Universitat de València (sin fecha en el PDF; recoge las definiciones de Alfaro y de Cuesta y cols., 1994). · <https://www.uv.es/joguigo/materiales-dominio-profesional/livre.pdf> · consultada 2026-09-26
- **F24** Zariquiey-Esteva G, Galeote-Cózar D, Santa-Candela P, Castanera-Duro A. Respuesta a «La metodología enfermera aplicada a la práctica clínica: ¿realidad o ficción?». Enfermería Intensiva. 2020;31(2):99-100.

doi:10.1016/j.enfi.2018.11.003 (cita a Carpenito LJ, Manual de diagnósticos enfermeros, 14.<sup>a</sup> ed.). ·

<https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-respuesta-la-metodologia-enfermera-aplicada-S1130239919300240> · consultada 2026-09-26

- **F26** Foundation for Critical Thinking (Richard Paul, Linda Elder). Valuable Intellectual Traits. 2014. · <https://www.criticalthinking.org/pages/valuable-intellectual-traits/528> · consultada 2026-09-26
- **F27** OpenStax (Rice University). Clinical Nursing Skills, sección 3.2: Comprehensive Interview Practices. 2024, licencia CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/clinical-nursing-skills/pages/3-2-comprehensive-interview-practices> · consultada 2026-09-26
- **F29** Chang AM, Aeschbach D, Duffy JF, Czeisler CA. Evening use of light-emitting eReaders negatively affects sleep, circadian timing, and next-morning alertness. PNAS. 2015;112(4):1232-1237. doi:10.1073/pnas.1418490112. · <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4313820/> · consultada 2026-09-26
- **F28** Irigibel-Uriz X. Revisión crítica de una interpretación del pensamiento de Virginia Henderson: acercamiento epistemológico al libro de Luis, Fernández y Navarro. Index de Enfermería. 2007;16(57). · [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962007000200012](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000200012) · consultada 2026-09-26
- **F30** Tanner CA. Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. J Nurs Educ. 2006;45(6):204-11. doi:10.3928/01484834-20060601-04. Resumen leído por E-utilities de NCBI (PMID 16780008); el texto completo es de pago. · <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16780008/> · consultada 2026-09-28
- **F31** Nutt D, Wilson S, Paterson L. Sleep disorders as core symptoms of depression. Dialogues Clin Neurosci. 2008;10(3):329-336. doi:10.31887/DCNS.2008.10.3/dnutt. · <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3181883/> · consultada 2026-09-28
- **F32** NANDA International (INKA). Nursing Assessments (From Assessment to Diagnosis). Página web publicada el 11/03/2026 y actualizada el 17/05/2026. · <https://nanda.org/nursing-assessments/> · consultada 2026-09-28
- **F33** OpenStax (Rice University). Fundamentals of Nursing, sección 12.4: Cognitive Process for Analyzing Assessment Data. 2024, licencia CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/fundamentals-nursing/pages/12-4-cognitive-process-for-analyzing-assessment-data> · consultada 2026-09-28
- **F34** Weber JR, Kelley JH. Health Assessment in Nursing, 7.<sup>a</sup> ed. Wolters Kluwer, 2021 (ISBN 9781975161156); unidad 1, cap. 1: The Nurse's Role in Health Assessment (muestra publicada por la editorial). · <https://assets.contenthub.wolterskluwer.com/api/public/content/06f2237898484301bee77af1c72169be?v=9fc9fc75> · consultada 2026-09-28
- **F35** Alfaro-LeFevre R. Critical Thinking Indicators (CTIs). 2016 Evidence-Based Version. Publicado en la web de la autora (Teaching Smart / Learning Easy). · <http://www.alfaroteachsmart.com/2016CTIsRich.pdf> · consultada 2026-09-28
- **F36** Foundation for Critical Thinking. Defining Critical Thinking (cita a Paul R, Elder L. The Miniature Guide to Critical Thinking Concepts and Tools. Foundation for Critical Thinking Press, 2008). · <https://www.criticalthinking.org/pages/defining-critical-thinking/766> · consultada 2026-09-28
- **F37** OpenStax (Rice University). Fundamentals of Nursing, sección 14.1: The Nurse's Role in Implementation. 2024, licencia CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/fundamentals-nursing/pages/14-1-the-nurses-role-in-implementation> · consultada 2026-09-28

## Pendiente de verificar

- Definición de valoración atribuida a Margot Phaneuf (EIR2015-030): solo aparece en webs de academias; la pregunta se intercala porque la definición genérica de valoración de la sección 3 basta para responderla, pero la autoría no está confirmada. Refuerzo del 28/09/2026: la búsqueda solo devuelve academias, tesis de licenciatura de la UNAM (equivalentes a un TFG) y la ficha de Google Libros del libro de Phaneuf; ninguna vale.
- Obra original de Henderson (ICN, Basic Principles of Nursing Care) con la redacción canónica de las 14 necesidades: no se ha podido leer. Refuerzo del 28/09/2026: la tienda del CIE (shop.icn.ch) vuelve a fallar en la conexión segura y el libro es de pago; la copia de Internet Archive es de préstamo y de un tercero. La tabla usa los rótulos de dos fuentes españolas válidas.
- Estructura de valoración de Luis Rodrigo y cols. en manifestaciones de independencia, de dependencia y «datos a considerar» (EIR2013-025): solo consta en el libro del Colegio de Enfermería de Jaén (2010), leído en una copia alojada por un tercero, que no vale. Refuerzo del 28/09/2026: Vernet (Gerokomos, 2007) valora en cada necesidad las manifestaciones de independencia y de dependencia, pero no atribuye el esquema a Luis y cols. ni menciona el tercer apartado. No se intercala.
- Pasos de la valoración según Alfaro-LeFevre con sus nombres (recogida, validación, organización de los datos, identificación de patrones, informe y anotación; EIR2012-011): sin muestra de la editorial legible. Refuerzo del 28/09/2026: Alfaro-LeFevre (CTIs, 2016) habla de agrupar los datos relevantes y NANDA-I, de agruparlos en patrones, pero no dan los nombres de las etapas, y con ese texto también encajaría la opción «identificación de patrones». No se intercala.
- Desventaja de las preguntas abiertas (difíciles de registrar; EIR2014-027) y la observación como proceso activo (EIR2020-148): sin fuente válida. Refuerzo del 28/09/2026: OpenStax (Clinical Nursing Skills 3.2) y NANDA-I recomiendan las preguntas abiertas sin citar desventajas; OpenStax 12.4 describe la observación cuidadosa y vigilante, pero no dice que sea activa ni pasiva. No se intercalan.
- Atribución a Richard Paul de los rasgos de EIR2017-054: la web de la Foundation for Critical Thinking recoge la humildad intelectual y la comunicación eficaz, pero no «realistas» ni «reactivos»; «realista y práctico» y «proactivo» son indicadores de Alfaro-LeFevre. La pregunta se intercala porque la sección permite responderla, pero la autoría de la lista no está confirmada.
- Factores a considerar en toda valoración según Gordon (edad, desarrollo, género, cultura; EIR2009-011), terminología funcional/disfuncional/potencialmente disfuncional y el predictor de un patrón de estreñimiento intermitente (EIR2009-012): obra de Gordon no disponible en fuente válida. Refuerzo del 28/09/2026: la búsqueda solo devuelve la Wikipedia, blogs y webs de apuntes. No se intercalan.
- Insight en la esquizofrenia en percepción-manejo de la salud (EIR2021-082) y efectos secundarios de la medicación en sexualidad-reproducción en salud mental (EIR2024-193): solo en material docente del repositorio de la Universidad de Cádiz, que no se ha aceptado como fuente. Refuerzo del 28/09/2026: el artículo de Enfermería Global (2013) sobre la valoración del patrón de la sexualidad no trata la medicación ni la adherencia, y para el insight solo aparecen la Wikipedia y webs de apuntes. No se intercalan.
- Dimensión psicológica de la eliminación por falta de intimidad (EIR2011-019): sin fuente válida. Refuerzo del 28/09/2026: un estudio en ortogeriatría (Gerokomos, 2020) dice que los factores psicológicos inducen estreñimiento y apunta, con un «quizá», a la falta de intimidad, pero no la clasifica como dimensión psicológica (también podría leerse como ambiental). No se intercala.
- Criterios de calidad del plan según la fase (EIR2013-016): sin fuente válida. Refuerzo del 28/09/2026: la búsqueda solo devuelve blogs y webs de apuntes. No se intercala.

- Maslow 1943 (Psychological Review, doi:10.1037/h0054346) no se ha leído en la web de la APA, que es de pago; las copias de psychclassics.yorku.ca y academia.edu son de terceros. La jerarquía se cita por Méndez y Rojas (2024).