

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y
PODOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

**Equivalencia semántica entre diagnósticos de la taxonomía NANDA-I
y el sistema unificado de lenguaje CIPE: una aproximación a la
armonización del lenguaje enfermero**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

María Antonia López Romero

Directores

Ana Vos Arenillas
Enrique Pacheco del Cerro

Madrid, 2016

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y
PODOLOGÍA
Departamento de Enfermería



**“EQUIVALENCIA SEMÁNTICA ENTRE DIAGNÓSTICOS
DE LA TAXONOMÍA NANDA- I Y EL SISTEMA UNIFICADO
DE LENGUAJE CIPE. UNA APROXIMACIÓN A LA
ARMONIZACIÓN DEL LENGUAJE ENFERMERO”**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

M. Antonia López Romero

Bajo la dirección de los doctores:

Prof. D^a. Ana Vos Arenillas

Prof. D. Enrique Pacheco del Cerro

MADRID 2015

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y
PODOLOGÍA
Departamento de Enfermería



TESIS DOCTORAL

**“EQUIVALENCIA SEMÁNTICA ENTRE DIAGNÓSTICOS
DE LA TAXONOMÍA NANDA- I Y EL SISTEMA UNIFICADO
DE LENGUAJE CIPE. UNA APROXIMACIÓN A LA
ARMONIZACIÓN DEL LENGUAJE ENFERMERO”**

M. Antonia López Romero

Dirección:

Prof. D^a. Ana Vos Arenillas

Prof. D. Enrique Pacheco del Cerro

Madrid 2015

Contenido

| | |
|--|-----|
| RESUMEN | 9 |
| SUMMARY | 11 |
| SIGLAS Y ACRÓNIMOS | 13 |
| Capítulo 1.- Introducción | 17 |
| 1.1 Marco jurídico y competencial de la disciplina enfermera | 21 |
| 1.2 Metodología de la práctica profesional, lenguaje profesional y documentación clínica | 27 |
| 1.2.1 Metodología de la Práctica de Enfermería. Proceso enfermero | 28 |
| 1.2.2 El Pensar y el Método. Pensamiento crítico | 34 |
| 1.2.3 Lenguaje profesional y Metodología enfermera | 46 |
| 1.2.4 Documentación clínica | 50 |
| 1.3. La Semántica en las Ciencias de la Salud | 55 |
| 1.3.1 Tipos de Vocabularios | 58 |
| 1.3.2 Interoperabilidad semántica | 66 |
| 1.3.3 SNOMED CT (Systematized Nomenclature of Medicine-Clinical Terms) | 71 |
| 1.3.4 Armonización de lenguajes profesionales controlados | 77 |
| 1.4 Lenguajes Enfermeros Estandarizados | 81 |
| 1.4.1 Lenguajes estandarizados reconocidos por la Asociación Americana de Enfermería | 85 |
| 1.4.2 Expansión y utilización de los LEE | 95 |
| 1.4.3 Estado del conocimiento y consideraciones sobre los LEE | 97 |
| 1.4.4 Lenguaje estandarizado del Diagnóstico enfermero | 102 |

| | |
|--|-----|
| 1. 4.4.1 <i>NANDA Internacional Diagnósticos Enfermeros. Definición y Clasificación. 2012-2014</i> | 105 |
| 1.4.4.2 <i>Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería. CIPE/ ICNP®</i> | 113 |
| <i>Capítulo 2. Justificación, hipótesis y objetivos</i> | 119 |
| 2.1 <i>Justificación</i> | 120 |
| 2.2 <i>Hipótesis y Objetivos</i> | 123 |
| <i>Capítulo 3. Metodología</i> | 125 |
| 3.1 <i>Investigación terminológica</i> | 126 |
| 3.2 <i>Análisis de contenido</i> | 128 |
| 3.2 <i>Correspondencia cruzada o mapeo cruzado (Cross-mapping)</i> | 130 |
| 3.3 <i>Validez de contenido y juicio de expertos</i> | 132 |
| 3.4 <i>Diseño del estudio</i> | 135 |
| 3.5 <i>Estadísticos para el análisis</i> | 159 |
| 3.6 <i>Consideraciones éticas</i> | 161 |
| 3.7 <i>Lmitaciones del estudio</i> | 162 |
| <i>Capítulo 4. Resultados</i> | 163 |
| 4.1 <i>Datos de la muestra</i> | 164 |
| 4.2 <i>Validez y fiabilidad del instrumento de medida</i> | 168 |
| 4.3 <i>Concordancia Inter-diagnóstica por experto</i> | 169 |
| <i>Capítulo 5. Discusión</i> | 186 |
| 5.1 <i>A propósito de la muestra</i> | 187 |
| 5.2 <i>Concordancia terminológica</i> | 189 |
| 5.3 <i>Grado de concordancia. Instrumento de medida</i> | 192 |

| | |
|--|-----|
| <i>5.4 Concordancia inter-observadores</i> | 195 |
| <i>5.5 Selección de Diagnósticos CIPE vs. NANDA</i> | 197 |
| <i>5.6 Consideraciones y reflexiones a propósito del juicio de los observadores/expertos</i> | 201 |
| <i>Capítulo 6. Conclusiones</i> | 204 |
| <i>Referencias bibliográficas</i> | 207 |

| | |
|---------------|-----|
| <i>Anexos</i> | 253 |
|---------------|-----|

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Gran parte de la historia de Enfermería se escribe y se describe como la búsqueda de formas de evidenciar su identidad profesional. Actualmente, en un marco académico, jurídico y deontológico, se sitúa a la disciplina como profesión de referencia en el cuidado de la salud. De forma paralela, ha sido una constante el estudio de las denominaciones de los fenómenos, situaciones y/o problemas, competencia de Enfermería, en la búsqueda de formas de expresión oral y escrita que representen el saber y el quehacer profesional y constituyan un lenguaje profesional. Hoy en día Enfermería dispone de distintos lenguajes estandarizados. En lo que se refiere a diagnósticos enfermeros, el más utilizado en nuestro país es NANDA I y en el ámbito internacional, además de éste, CIPE. A pesar de ello, aunar la utilización de un lenguaje profesional normalizado e interoperable es todavía, en la mayoría de las ocasiones, difícil de conseguir. Sin embargo, la posibilidad que proporcionan los sistemas informáticos de salud, de combinar la utilización de distintos lenguajes semánticamente equivalentes, puede facilitar la armonización que nos conduzca a un lenguaje profesional preciso, con el que no haya duda en nombrar los cuidados propios de la competencia enfermera.

OBJETIVO GENERAL: Conocer el grado de concordancia terminológica entre diagnósticos de la Taxonomía NANDA-I. 2012-2014 y diagnósticos de la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería CIPE V. 2. Rev. 2015.

METODOLOGÍA: Investigación terminológica mediante **estudio descriptivo, transversal, de concordancia o equivalencia semántica.** Se realiza el análisis de la concordancia entre dos lenguajes estandarizados de diagnósticos de Enfermería, la Taxonomía NANDA-I. 2012-2014 (Patrón oro), y la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (CIPE) versión 2. Edición 2015, estudiando la equivalencia semántica de las unidades terminológicas, mediante técnicas de **análisis de contenido, validez de contenido, juicio de expertos y correspondencia cruzada.**

RESULTADOS: Se obtienen, con un índice de validez de contenido (IVC) del 100% y un índice kappa inter-observadores, por pares de expertos, entre 0,75-0,88 (sustancial - casi perfecto), concordancias terminológicas en un 90% de los

términos analizados y, de forma unívoca, unilateral y unánime, el 61% de los diagnósticos CIPE seleccionados son homónimos o sinónimos de los NANDA de referencia.

DISCUSIÓN: Los resultados generales de la fiabilidad inter-observador, son acordes con los definidos como recomendables por diferentes estudios, que establecen un Kappa > o igual a 0,7, validando que la concordancia observada no se debe al azar. En las concordancias por categoría, se observa un descenso del índice kappa (aceptable), en las que implican mayor precisión o detalle. El número de términos equivalentes es similar o superior a otros estudios. Correlacionar los diagnósticos CIPE a NANDA como patrón oro, conlleva dificultades asociadas fundamentalmente, a un mayor nivel de abstracción de la NANDA, frente a una mayor especificidad de la CIPE, precisando en algún caso más de un diagnóstico CIPE para uno NANDA

CONCLUSIONES: Considerar la definición conceptual, además de la etiqueta diagnóstica es determinante en la identificación y comparación de los términos así como en los resultados de concordancia. El idioma de origen y las traducciones en cada uno de los destinos, limita las acepciones condicionando algunas sinonimias. Los diagnósticos enfermeros NANDA y CIPE disponen del grado de concordancia necesario para ser considerados semánticamente equivalentes

Palabras clave: Lenguajes estandarizados Enfermería, Terminología, Correspondencia cruzada, Mapeo semántico, Diagnósticos enfermeros, Diagnósticos NANDA, Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería, CIPE.

SUMMARY

INTRODUCTION: Much of the history of Nursing is written and described as finding ways of showing their professional identity. Currently, in an academic, legal and ethical framework, it places the discipline as reference profession health care. In parallel, it has been a constant study of the names of phenomena, situations and / or problems, nursing competence in finding ways of speaking and writing representing knowledge and professional work and constitute a professional language . Nursing today offers different standardized languages. As regards nursing diagnoses, the most used in our country it is NANDA I and internationally, besides this, CIPE. However, combining the use of a professional standard and interoperable language is still, in most cases, difficult to achieve. However, the possibility that provide computer systems for health, combining the use of different semantically equivalent languages, may facilitate harmonization that will lead us to a precise professional language, with which there is no doubt appoint their own care competition nurse.

GENERAL OBJECTIVE: To know the degree of terminological consistency between diagnoses of NANDA-I Taxonomy. 2012-2014 and diagnoses of the International Classification for Nursing Practice Rev. V. 2. CIPE 2015.

METHODOLOGY:. Terminology Research by **transverse description matching semantic equivalence study or** analysis of the correlation between two languages standardized nursing diagnoses NANDA-I Taxonomy is made. 2012-2014 (gold), and the International Classification for Nursing Practice (CIPE) version 2. Edition 2015, studying the semantic equivalence of the terminology units, using techniques of **content analysis, content validity, and expert judgment Cross correspondence.**

RESULTS: are obtained with a content validity index (CVI) of 100% and inter-observer kappa, peer experts, 0.75-0.88 (substantial - almost perfect), a terminological concordance 90% of the terms analyzed and, uniquely, unilateral and unanimous, 61% of the CIPE selected diagnoses are homonyms or synonyms of the NANDA reference.

DISCUSSION: The overall results of the inter-observer reliability are consistent with those defined as recommended by different studies, which establish a $Kappa \geq$ or equal to 0.7, validating that the observed agreement is not due to chance. In matches by category, down (acceptable) kappa, which involve greater precision and detail is observed. The number of equivalent terms is

similar or superior to other studies. Correlating CIPE NANDA diagnoses as gold standard leads to difficulties related primarily to a higher level of abstraction of the NANDA, face increased specificity of the CIPE, pointing somewhere If more than one diagnosis for each NANDA CIPE

CONCLUSIONS: Considering the conceptual definition, in addition to the diagnostic label is decisive in the identification and comparison of the terms and results of agreement. The source language and the translations in each of the destinations, limits the meanings conditioning some synonyms. NANDA nursing diagnoses and CIPE have the degree of agreement needed to be considered semantically equivalent.

Keywords: Standardized Nursing Terminology; Terminology; Cross-mapping; Semantic Mapping; Nursing Diagnoses, Nursing diagnoses NANDA, International Classification for Nursing Practice, ICNP

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

- ABC Codes Alternative Billing Concept Codes
- ACENDIO: Association for Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes
- AENTDE: Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnóstico de Enfermería
- AFEDI: Association Francophone Européenne des Diagnostics Interventions Résultats Infirmiers
- ANA: American Nurses Association
- ATIC: Arquitectura, Terminología, Informació, Interfase, Infermeria i Coneixement
- CCC: Clinical Care Classification
- CIAP-2: Clasificación Internacional Atención Primaria
- CIE: Consejo Internacional de Enfermería
- CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades. Versión 10
- CIE-10-ES: Clasificación Internacional de Enfermedades. Versión 10. Diagnósticos y Procedimientos
- CIE-9-MC: Clasificación Internacional de Enfermedades. 9ª revisión. Modificación Clínica
- CIPE: Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería
- CM: Conjunto Mínimo

- CM: Conjunto Mínimo
- CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos
- CMD: Conjunto Mínimo de Datos
- CMDIC: Conjunto Mínimo de Datos de Informes Clínicos
- CNC & CN: Center for Nursing Classification & Clinical Effectiveness
- Dx.: Diagnóstico
- GRD: Grupos Relacionados por el Diagnóstico
- HCDSNS: Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud
- HL7: Health Level Seven
- ICNP: International Classification Nursing Practice
- IHTSDO International Health Terminology Standards Organization
- IMIANISIG: Asociación Informática de Enfermería de Informática Médica Internacional
- I-NMDS: International Nursing Minimum Data Set
- ISO: International Standardization Organization
- IVC: Índice de Validez de contenido
- JSND: Japanese Society of Nursing Diagnosis
- LEE: Lenguaje enfermero estandarizado
- LOINC: Logical Observation Identifiers Names and Code

- LOPS: Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias
- ME: Metodología Enfermera
- MSSSI: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad
- NANDA I: North American Nursing Diagnosis Association International
- NANDA: North American Nursing Diagnosis Association
- NIC: Nursing Interventions Classification
- NIDSEC: Nursing Information & Data Set Evaluation Center
- NIPE: Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería
- NLM: National Library of Medicine
- NMDS: Nursing Minimum Data Set
- NOC: Nursing Outcomes Classification
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- PAE: Proceso de Atención de Enfermería
- PC: Pensamiento Crítico
- PCE: Planes de Cuidados Estandarizados
- PE: Proceso enfermero
- PNDS: Perioperative Nursing Data Set
- RD: Real Decreto
- SIS: Sistemas de Información de Salud

- SLE: Sistema de lenguaje enfermero
- SLU: Sistema de Lenguaje Unificado
- SNOMED CT: Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms
- SNS: Sistema Nacional de Salud
- ST: Servidores de Terminología
- stSNS: Servidor Terminológico Sistema Nacional de Salud
- TIC: Tecnologías de la Información y Comunicación
- UMLS: Unified Medical Language System

La ciencia empieza en la palabra

Bertha M. Gutiérrez Rodilla

Capítulo 1.- Introducción

Los avances experimentados por la Enfermería en las últimas décadas son indiscutibles. Si bien gran parte de la historia de Enfermería se escribe y se describe como la búsqueda de formas de evidenciar su identidad como profesión, como disciplina, y así obtener el correspondiente reconocimiento profesional y social, actualmente, tras la definición de un campo propio de acción y de competencias específicas fundamentadas en un marco académico, jurídico y deontológico, se sitúa a la disciplina como profesión de referencia en el cuidado de la salud.

Sin duda, en éste reconocimiento, ha tenido mucho que ver el esfuerzo realizado en el estudio y concreción de las bases conceptuales y epistemológicas que constituyen el “saber enfermero”.

Ha llevado su tiempo identificar, interpretar, definir y explicar, de qué se ocupa la disciplina enfermera, qué aporta que no aporten otros profesionales de la salud, qué tipo de conocimientos precisa, cómo los desarrolla y a quién, cuándo y cómo los aplica.

Pasar de un estado de indefinición dónde los cometidos más claros estaban directamente relacionados con la subordinación, con el cumplimiento de órdenes de otros profesionales, a la definición de competencias en el ámbito de la salud, al reconocimiento del “cuidar” cómo seña de identidad profesional, ha supuesto un largo camino transitado por numerosos profesionales que han brindado su esfuerzo y su estudio, sus investigaciones y sus conclusiones a la búsqueda y demostración de la ciencia que debe fundamentar una disciplina profesional, que, en el caso de la que nos ocupa, Enfermería, a juicio de muchos es, además, un arte.

De forma paralela, durante gran parte de este tiempo de evolución, ha sido una constante el estudio de las expresiones, de las denominaciones de los fenómenos, situaciones y/o problemas, competencia de Enfermería.

Además del qué, cómo y de quién se ocupa la disciplina, es preciso nombrar, nominar los estados que tratamos, las situaciones en las que los profesionales enfermeros deberán intervenir con la finalidad de obtener solución o mejora en situaciones de salud, ya sea de forma independiente o en el contexto de actuaciones interdisciplinarias o colaborativas.

En definitiva se precisa de formas de expresión oral y escrita que representen el saber y el quehacer profesional.

Por tanto, ya prácticamente nadie duda de la necesidad de utilizar un lenguaje de especialidad o profesional. Y aunque desde hace tiempo, se dispone de distintas taxonomías y sistemas unificados de lenguaje, lo cierto es que continúa existiendo cierta dificultad en la utilización de una terminología de Enfermería.

Los motivos que pudieran ser la fuente de dificultad son múltiples y variados, como demuestra la abundante bibliografía que existe al respecto. Sin embargo es necesario continuar estudiando e investigando para obtener las claves que permitan disponer de un léxico apropiado a nuestro contexto, que permita nombrar el conocimiento enfermero de acuerdo a sus bases conceptuales, que exprese los juicios clínicos de forma precisa y fiable y que, por tanto, asegure los requisitos de conocimiento, comunicación y de continuidad que debe reunir el proceso de planificación, administración y obtención de resultados mediante el cuidado enfermero.

De una parte, la normalización de la práctica profesional, entendiendo como tal el actuar conforme a la norma, a la forma más adecuada que indica una buena praxis, precisa de formas de expresión unívocas que representen el conocimiento enfermero a través del juicio clínico, en el contexto del cuidado, sea cual sea el objeto de la atención: individuo, grupo, familia o comunidad. De otra el lenguaje de los profesionales en el desempeño de su práctica en gran medida, no es coincidente o concordante con el que proponen las terminologías.

Lograr la armonización de lenguaje/lenguajes y cuidado/cuidados supone un reto a alcanzar en un corto plazo de tiempo, que requiere del esfuerzo de todos los profesionales de Enfermería.

"Los pacientes queremos que nos cuiden. Yo ya acepto que no me curen, pero me costaría aceptar que no me van a cuidar"

Albert Jovell, 2006

1.1 Marco jurídico y competencial de la disciplina enfermera

En la actualidad y debido a distintos factores que coinciden en el tiempo, la disciplina enfermera se encuentra posiblemente en uno de los momentos más importantes de su historia. En las dos últimas décadas se han alcanzado objetivos largamente perseguidos como la definición del campo de acción y de la competencia disciplinar, un nivel académico acorde con los estudios de Enfermería o programas de formación especializada afines al resto de disciplinas de Ciencias de la Salud, así como un reconocimiento de la intervención enfermera en los episodios de salud utilizando el juicio clínico diagnóstico y terapéutico en los procesos que atiende y evidenciando la consecución de resultados. Este último podríamos considerarlo de forma implícita en la inclusión de los registros enfermeros con carácter reglado y obligatorio, en la historia clínica del paciente.

El Real Decreto 1231/2001, de Ordenación de la Actividad Profesional de Enfermería, que regula los principios básicos de la disciplina y la Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, han sido concluyentes en este sentido y fundamentan actualmente el marco legal de Enfermería.

El *Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre*, por el que se aprueban los *Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de Enfermería*, se ocupa de la Organización Colegial y del Consejo General de Enfermería, en sus títulos I y II, actualizando los Estatutos de la organización colegial aprobados en 1978 y posteriormente modificados en 1993 y 1997. En general, en estos capítulos, trata de ofrecer una regulación de la Organización Colegial, como conjunto profesional.

El *Título III, De los principios básicos del ejercicio de la profesión de Enfermería*, en su capítulo I. *De los principios del ejercicio profesional*, se dirige a la necesidad de definir el campo de acción enfermero, mediante la regulación de competencias profesionales, que no se habían revisado ni actualizado desde

hacía más de treinta años como el propio texto del Real Decreto indica, y que por tanto, era imprescindible su adaptación a las necesidades y condiciones del sistema sanitario y a la realidad de un ejercicio profesional, que sí ha ido evolucionando, en función de los requerimientos y avances propios del ámbito de la atención de la salud. En su **artículo 53, Misión de la Enfermería**, establece:

“Los servicios de enfermería tienen como misión prestar atención de salud a los individuos, las familias y las comunidades en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo. Las intervenciones de enfermería están basadas en principios científicos, humanísticos y éticos, fundamentados en el respeto a la vida y a la dignidad humana”.

“el enfermero generalista, con independencia de su especialización, es el profesional legalmente habilitado, responsable de sus actos profesionales de enfermero que ha adquirido los conocimientos y aptitudes suficientes acerca del ser humano, de sus órganos, de sus funciones biopsicosociales en estado de bienestar y de enfermedad, del método científico aplicable, sus formas de medirlo, valorarlo y evaluar los hechos científicamente probados, así como el análisis de los resultados obtenidos, auxiliándose para ello de los medios y recursos clínicos y tecnológicos adecuados, en orden a detectar las necesidades, desequilibrios y alteraciones del ser humano, referido a la prevención de la enfermedad, recuperación de la salud y su rehabilitación, reinserción social y/o ayuda a una muerte digna.”

En el **artículo 54, Cuidados de Enfermería**, se ocupa del cuidado como competencia enfermera, en distintos contextos, en todas las situaciones en las que sea requerido y dirigido al objeto de atención: la persona, la familia, un grupo ó la comunidad:

“Incumbe a la profesión de enfermería la responsabilidad de proporcionar de forma individual o, en su caso, de forma coordinada dentro de un equipo de salud, los cuidados propios de su competencia, al individuo, a la familia y a la comunidad, de modo directo, continuo, integral e individualizado, mediante una formación y una

práctica basada en principios de equidad, accesibilidad, cobertura y sostenibilidad de la atención”

“Los cuidados de enfermería comprenden la ayuda prestada por el enfermero en el ámbito de su competencia profesional a personas, enfermas o sanas, y a comunidades, en la ejecución de cuantas actividades contribuyan al mantenimiento, promoción y restablecimiento de la salud, prevención de las enfermedades y accidentes, así como asistencia, rehabilitación y reinserción social en dichos supuestos y/o ayuda a una muerte digna”

El capítulo II, De la calidad y la excelencia de la práctica profesional de Enfermería, incluye los artículos 56 y 57, donde se expresa la necesidad de una orientación hacia la mejora de la calidad y la excelencia de la práctica profesional:

“como instrumento imprescindible para la mejor atención de las exigencias y necesidades sanitarias de la población y del sistema sanitario español”

Y, en ese contexto, incluye la adopción de distintas medidas, por parte del Consejo General, que incluyen la elaboración de normas y estándares de actuación profesional, necesarios para la ordenación de la profesión de Enfermería:

“En el desarrollo de lo previsto en el apartado anterior, el Consejo General elaborará cuantas normas y estándares de actuación profesional sean necesarios para ordenar la profesión de Enfermería”¹.

La **Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS)**, se centra en regular las condiciones y los ámbitos de ejercicio profesional y en garantizar la formación básica, práctica y clínica de los profesionales sanitarios. Su finalidad es proporcionar al sistema sanitario de un marco legal. La ley reconoce como profesiones sanitarias aquellas que la normativa universitaria reconoce como titulaciones del ámbito de la salud y que

disponen de una organización colegial reconocida por los poderes públicos, como así se indica en su **Artículo 2. Profesiones sanitarias tituladas**.

En su **Título I. Del ejercicio de las profesiones sanitarias, Artículo 7**, se expresa en los siguientes términos: *“Corresponde a los Diplomados universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades”*².

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, regula en su artículo 15 el contenido mínimo de la historia clínica de cada paciente, que incluye los documentos enfermeros relativos a la planificación de cuidados, evolución y aplicación terapéutica³.

La **ORDEN CIN/2134/2008**, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero y donde se explicita que la profesión de Enfermería es una profesión regulada según la legislación vigente, que requiere para su ejercicio de la titulación oficial de grado⁴.

El Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, pretende establecer el conjunto mínimo de datos que deberán contener una serie de documentos clínicos con el fin de compatibilizar y hacer posible su uso por todos los centros y dispositivos asistenciales que integran el Sistema Nacional de Salud. Para su elaboración se ha contado con los colectivos profesionales implicados en la atención sanitaria *“a través de un amplio conjunto de sociedades científicas de diferentes especialidades médicas y de enfermería”*. En su artículo 3, relaciona los documentos para los que se establece un conjunto mínimo de datos y entre ellos se encuentra el informe de cuidados de Enfermería. Entre los datos calificados como CM (Conjunto Mínimo), se

encuentran diagnósticos, criterios de resultado e intervenciones de las Taxonomías NANDA, NOC y NIC, respectivamente.⁵

En definitiva, estos documentos conforman un marco para la disciplina enfermera donde se regula y clarifica el campo de acción, la formación necesaria encaminada al logro de competencias específicas y el ejercicio profesional.

“La práctica de Enfermería va más allá del cumplimiento de múltiples tareas rutinarias, requiere de recursos intelectuales, de intuición para tomar decisiones y realizar acciones pensadas y reflexionadas, que respondan a las necesidades particulares de la persona”.

Diers, 1986

1.2 Metodología de la práctica profesional, lenguaje profesional y documentación clínica

1.2.1 Metodología de la Práctica de Enfermería. Proceso enfermero

La esencia y razón de ser de la disciplina enfermera son los cuidados.

Cuidados de Enfermería que reúnen ciencia y arte y se sustentan en un cuerpo de conocimientos propio, en aptitudes, actitudes, valores y habilidades específicas que capacitan para la atención integral e individualizada de la persona, familia, grupo y comunidad en todas las etapas del ciclo vital y en todos los supuestos: fomento, mantenimiento de la salud, en la prevención o en el estado de enfermedad, en la rehabilitación o reinserción social y en el final de la vida: la muerte digna.

Es por tanto competencia de los profesionales de Enfermería identificar, describir, explicar, predecir y controlar los fenómenos objeto de su atención (persona, entorno, salud y cuidado) que constituyen el metaparadigma enfermero⁶.

Las relaciones entre estos fenómenos son las que determinan el objeto de estudio y el campo de actuación de la disciplina y han sido motivo de numerosos estudios e investigaciones que han dado lugar a distintos enfoques sobre la práctica del cuidado.

Para Fawcett, establecer el campo de estudio requiere de una perspectiva específica y diferenciada que permita identificar todos los fenómenos de interés de una disciplina desde un enfoque general, es decir, sin que exista condicionamiento por parte de una teoría o modelo determinado.⁷

Una vez establecido el qué, por qué y para qué, cuestiones de las que se ocupa el desarrollo teórico, es preciso abordar el cómo, cuestión de la que se

ocupa la metodología, el método de intervención, y que se deriva de las premisas teóricas de partida.⁸

Nos referimos a método como un modo ordenado de proceder, a través de un sistema o procedimiento adecuado y que tiene un fin determinado. El uso de una metodología específica en la resolución de los problemas, es uno de los requisitos de cualquier disciplina. La forma utilizada para dar respuesta a una pregunta o buscar la resolución de un problema es denominada metodología científica, que aplicada al ámbito de la Enfermería, se denomina Proceso de Enfermería o Metodología enfermera.

En Enfermería, nos referimos a Metodología enfermera cuando nos ocupamos de la forma de proceder, o modo de intervenir, de los profesionales en el contexto del proceso de cuidar. Los términos, Metodología enfermera, Proceso enfermero (PE), Proceso de Atención de Enfermería (PAE) o Método de intervención de Enfermería, se utilizan indistintamente, prácticamente como sinónimos, en la práctica profesional.

Existen múltiples definiciones sobre el proceso enfermero.

Marriner (1983), el Proceso de Enfermería es “la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de Enfermería”.

Iyer (1987), “el objetivo principal del PE es construir una estructura teórica que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad”. Para Alfaro (2003), “es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados”.

El PE ha ido evolucionando desde que Lydia Hall, en la década de los 50 describe la atención de Enfermería como un proceso sujeto a un orden secuencial y lógico. En esta década (1950-1960) el procedimiento incluía las etapas de análisis, síntesis y evolución. A finales de los años 60 se establecen 4

etapas: Valoración, planificación, realización y evaluación (Yura y Walsh)⁹. No se empieza a hablar de diagnóstico de Enfermería hasta mediados de los 70. Es a partir de entonces cuando algunas autoras (Roy, 1976; Aspinall, 1976, y otras) incluyen la fase diagnóstica en las etapas del PE, considerando las cinco etapas que se conocen en la actualidad: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

En líneas generales las etapas del PE consisten en:¹⁰

- Valoración: Recogida de datos
- Diagnóstico: Análisis de datos y emisión de juicios
- Planificación: Objetivos a conseguir y actuaciones para lograrlos
- Ejecución: Puesta en práctica del plan de intervención
- Evaluación: Logro de los objetivos propuestos y eficacia de las intervenciones

La valoración es la etapa clave del proceso y de inicio de la relación con el paciente.

¿Con qué situación nos encontramos?.

Para dar respuesta a esos interrogantes se realiza la búsqueda y recogida de la información que ha de ser de forma organizada y estructurada para lo que se dispone de distintos instrumentos como los Patrones funcionales de salud, de Marjory Gordon o las Necesidades Básicas, de Virginia Henderson, entre otros.

Las estructuras estandarizadas facilitan la recogida de la información de forma integral, la focalización en los aspectos comprometidos así como el juicio clínico a lo largo del proceso. Esta fase implica la observación reflexiva, discernir entre lo relevante y lo superfluo, comparar y preparar la

información para su análisis posterior, siendo imprescindible comprobar, dar por válida la información. Dicha información nos proporciona signos, síntomas, factores de riesgo o causales a través de hechos, percepciones, sentimientos, comportamientos o estados. En definitiva es el espejo de la respuesta de la persona ante una situación de salud.

En la fase de diagnóstico se procede a juzgar la situación a partir del análisis de la información obtenida.

¿Qué ocurre o que motivo reclama nuestra intervención?, para identificarlo se distinguirá lo normal, lo funcional, de lo que no lo es, de lo que responde o indica disfuncionalidad, se realizarán inferencias lógicas, deducciones, inducciones que nos aproximen a la estimación e interpretación de causas y manifestaciones de los posibles motivos de intervención enfermera. Esto nos conducirá a reconocer los problemas, las situaciones mejorables, o a predecir los factores de riesgo para emitir y nombrar juicios diagnósticos enfermeros pertinentes y precisos.

Con la fase de planificación entramos en el terreno de la toma de decisiones con respecto a las estrategias a llevar a cabo para el tratamiento de los problemas. Supone saber qué queremos conseguir y cómo, con qué. Comienza por establecer las prioridades y seleccionar los criterios que vamos a plantear para controlar el proceso evolutivo del paciente tras los cuidados o tratamientos enfermeros. Incluye, por tanto, la planificación de criterios de evaluación del resultado y de intervenciones, cuidados o acciones necesarias en su tratamiento. En esta fase se deberán tener en cuenta cuestiones como la interacción con el paciente / familia o la coordinación con el equipo asistencial.



Tras la planificación se procede a la administración o ejecución de los cuidados prescritos. Implica la preparación del paciente y los recursos necesarios así como la valoración de respuestas tras el cuidado o tratamiento.

Por último en la fase de evaluación se procede al examen del estado de los resultados esperados, implica el razonamiento consiguiente al nivel de consecución y las causas o factores que han intervenido. En función de los resultados se procede a la modificación de estrategias o reajuste de lo planificado.¹¹

Figura 1.-Proceso Enfermero o Método de Intervención

La ANA (American Nurses Association), considerada uno de los organismos profesionales de Enfermería de mayor prestigio en el ámbito internacional, determina el campo de la respuesta humana, integral y globalizada, como el campo de actuación de las intervenciones enfermeras, ante las diferentes situaciones de salud que viven las personas y considera el PE como la forma de diagnosticar y tratar las respuestas humanas ante la salud y la enfermedad, estableciéndolo como estándar de calidad y marco de la práctica profesional de Enfermería¹².

Consideramos la respuesta humana como comportamientos observados o afirmaciones verbales que suponen la reacción de una persona, familia o comunidad ante una situación, o el significado personal que da a los acontecimientos. Pueden ser de ser fisiológicas, psicológicas, sociales o espirituales o combinaciones biopsico-sociales-espirituales.

Como dice Diers, la práctica de Enfermería requiere no sólo de técnica, precisa de recursos cognitivos y herramientas que faciliten el juicio clínico, la toma de decisiones en aquellas situaciones de salud propias de su competencia¹³.

¿Somos lo que pensamos?, ¿Pensamos conforme a lo que somos?

No hay duda de que nuestra perspectiva de las cosas está condicionada por nuestra profesión, por nuestro campo de conocimiento. Lo que pensamos está condicionado por lo que somos y nuestra forma de pensar condiciona nuestra forma de sentir, percibir, relacionarnos y en definitiva, vivir.

Los principios que rigen y caracterizan los procesos de pensamiento dirigidos a la toma de decisiones, manejo de situaciones o resolución de problemas, en líneas generales, son los mismos para todos los profesionales. Lo que diferencia unos procesos de razonamiento de otros es el pensamiento propio de cada disciplina, profesión o contexto.

Con alguna frecuencia o en algún momento todos hemos calificado ese punto de vista condicionado por nuestro “saber” profesional como “deformación profesional”, quizás nos referimos a utilizar esa “formación” que no “deformación”, fuera de contexto.

El pensar, como profesionales, va a estar ligado a la disciplina de la que se trate. Se utilizan los conocimientos propios como un sistema de ideas interconectadas que permiten hacer preguntas, obtener información, hacer inferencias, transformando la realidad bajo la óptica de la profesión y pensando como tales profesionales. Así los biólogos piensan como biólogos, los sociólogos como sociólogos, los enfermeros como enfermeros. La clave de cada disciplina será el pensamiento de sus integrantes en cuanto profesionales. La perspectiva como profesional va a estar condicionada por la disciplina de que se trate.

El método de intervención y como tal el PE, contiene operaciones de pensamiento y acciones prácticas. “Frente al concepto del saber, pensar es el concepto del método” (Hernández-Conesa et al.2002)

La Metodología de Enfermería (ME), precisa de **pensamiento crítico enfermero y/o pensamiento enfermero y crítico.**

Pensamiento enfermero, como clave que identifica a los profesionales de Enfermería, proporciona una perspectiva enfermera que permite identificar el foco, el objeto del cuidado, conjuga el saber teórico y praxiológico, el contraste de la teoría con lo objetivado en situaciones reales, el conocimiento acumulado a través del quehacer profesional⁸.

Pensamiento crítico como actividad mental clara, cuidadosa, precisa, deliberada, controlada y con un propósito orientado a un objetivo. El método a través de sus distintas fases, requiere de un proceso de razonamiento donde se conjugan distintos tipos de pensamiento (deductivo, inductivo, creativo, sistemático...) y como ya se ha dicho anteriormente, de distintas operaciones del pensar como la abstracción, la conceptualización o el juicio.

El Pensamiento enfermero debe ser sinónimo de Pensamiento crítico enfermero, dicho de otra forma, el pensamiento crítico es una característica más del PE.

Con carácter general, existen numerosas definiciones del pensamiento crítico, entre las que podríamos destacar la de Paul y Elder (2003) que, lo definen como *“un modo de pensar en el cual el pensador mejora la calidad de su pensamiento al apoderarse de estructuras inherentes al acto de pensar y someterlas a estándares intelectuales”*. Es auto-dirigido, auto-disciplinado, auto-regulado y auto-correctivo.

Richard Paul y Linda Elder, publican una guía para el pensamiento crítico donde se describen las distintas partes o elementos que intervienen cada

vez que se pone en marcha un proceso de razonamiento, así como las habilidades y destrezas cognitivas que implica el pensar críticamente, las características de los pensadores críticos e indicaciones y recomendaciones sobre cómo pensar de forma crítica.

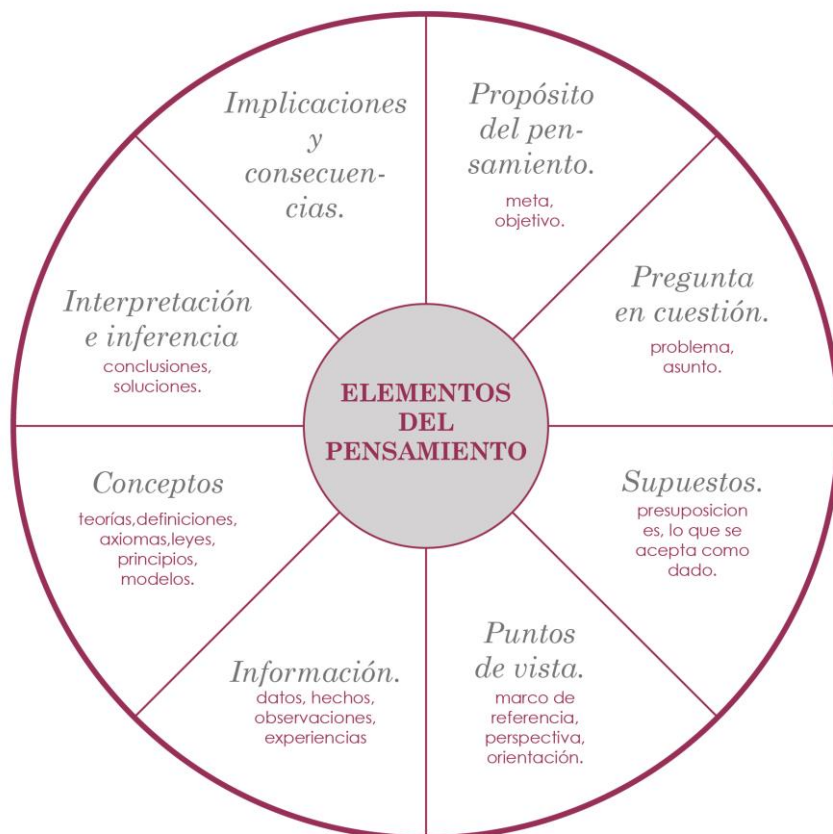


Figura 2. Elementos del Pensamiento Crítico (Adaptado de Paul, Elder, 2003)

Todo proceso de pensamiento crítico tiene un propósito, finalidad u objetivo, parte de un por qué, de una pregunta, se fundamenta en supuestos que determinan puntos de vista, se apoya en datos, observación y evidencia, se expresa mediante conceptos, contiene interpretaciones e inferencias y tiene implicaciones y consecuencias. Precisa de estándares intelectuales que deberán estar presentes en los distintos elementos de la estructura de pensamiento,

como claridad, precisión, pertinencia, lógica, relevancia, amplitud y profundidad. Habilidades o destrezas intelectuales como humildad, entereza, empatía, autonomía, imparcialidad, integridad, perseverancia y confianza, son necesarias para pensar críticamente, según estos autores.^{14, 15}

Para Peter Facione el pensamiento crítico (PC) es el juicio autorregulado y con propósito que conlleva interpretación, análisis, evaluación e inferencia, y la explicación de las consideraciones de evidencia, conceptuales, metodológicas, de criterio o contextuales en las cuales se basa ese juicio.

Las habilidades cognitivas consideradas como esenciales son¹⁶:

- **Interpretación:** Entender y expresar el significado de experiencias, situaciones o datos. Identificar, reconocer un problema y describirlo. Como subcategorías, incluye categorización (priorizar, organizar, destacar lo relevante), decodificación del significado (relacionar un código o signo con su significado y aclaración del sentido (expresar lo que entendemos o lo que creemos que entienden o pretenden otros)

- **Análisis:** Identificar las relaciones de inferencias reales y supuestas entre enunciados, descripciones, situaciones, estas inferencias, deducciones o inducciones, expresan juicios, razones, informaciones o puntos de vista. Incluye examinar las ideas, detectar y analizar argumentos. Analizar las distintas opciones de solución de un problema

- **Evaluación:** Valorar la credibilidad y concordancia, contradicciones e inconsistencias de/entre enunciados, percepciones, experiencias, situaciones, juicios, creencias u opiniones así como la fortaleza de las relaciones y la lógica de los argumentos

- **Inferencias:** Identificar y validar los elementos necesarios para llegar a conclusiones razonables. Incluye cuestionar la evidencia, formular hipótesis, extraer las consecuencias de los datos, barajar alternativas y llegar a conclusiones

- **Explicación:** Explicar el propio pensamiento y sus razonamientos. Presentación de los resultados del razonamiento de forma reflexiva y coherente. Incluye describir métodos y resultados, justificar procedimientos, proponer y defender con argumentos razonados.

- **Autorregulación o Metacognición:** Revisión crítica del propio pensamiento con la intención de juzgarlo o mejorarlo. Es el PC aplicado a uno mismo. Los expertos lo definen como *“monitoreo autoconsciente de las actividades cognitivas propias, de los elementos utilizados en esas actividades, y de los resultados obtenidos, aplicando particularmente habilidades de análisis y de evaluación a los juicios inferenciales propios, con la idea de cuestionar, confirmar, validar, o corregir el razonamiento o los resultados propios”*. Incluye el autoexamen y la autocorrección.

Podemos considerar que estas habilidades cognitivas están directamente relacionadas con las distintas fases del PE:

En la **valoración** es necesario proceder a la **interpretación** de los datos diferenciando aquellos que pueden indicar anomalías, disfuncionalidades o ser motivo de intervención. Dicha información será categorizada o estructurada según el sistema de valoración utilizado.

En la fase de **diagnóstico** procederemos al **análisis** de la información identificando relaciones buscando asociación o manifestaciones de situaciones susceptibles de cuidado enfermero. Tanto en la fase de **valoración** como en la de **diagnóstico** deberemos **evaluar**, en el sentido de validar, de valorar la precisión o certeza de datos, de **inferencias** o la lógica de los argumentos para llegar a conclusiones razonables.

La **planificación** de los cuidados requiere explicitar y **explicar** el juicio clínico con la finalidad de establecer y comunicar los criterios que nos permitan medir la evolución y los resultados conseguidos, y, en consecuencia, qué intervenciones habrá que llevar a cabo.

Durante la fase de **ejecución** también utilizaremos esta habilidad cognitiva en la interrelación con la persona/familia o en el contexto del trabajo en equipo o interdisciplinar.

Por último, en la **evaluación** del proceso examinaremos y revisaremos cada uno de los pasos en función de los resultados obtenidos con la finalidad de **autorregular** el proceso de razonamiento, modificándolo para mejorarlo, si fuera necesario.

Podemos estimar que el pensamiento crítico es el proceso cognitivo que utiliza Enfermería cuando aplica el proceso enfermero o la metodología enfermera.

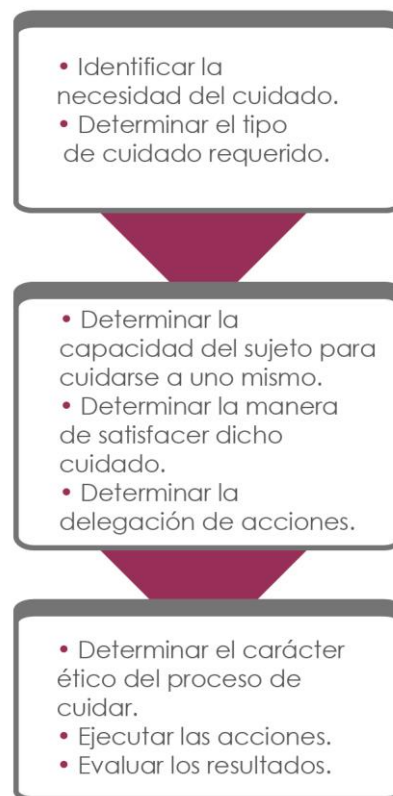


Figura 3. Acciones que comporta el proceso de cuidar. (Adaptado de Benavent et al. 2005)¹⁷

Los profesionales de Enfermería en el contexto del quehacer profesional cotidiano, nos encontramos en numerosas ocasiones en disyuntivas que precisan de decisiones muchas veces comprometidas, bajo presión o que requieren de una pronta o inmediata actuación. El entrenamiento en cuanto al desarrollo de habilidades y destrezas cognitivas y herramientas que faciliten emitir el juicio preciso en el momento preciso, es absolutamente necesario.

No se concibe un proceso o metodología que no se fundamente en un proceso de razonamiento o pensamiento crítico, salvo que se actúe de forma absolutamente dependiente en cuanto al cumplimiento de órdenes de otros profesionales, en nuestro caso generalmente el médico, y, aún así, resulta difícil concebir un automatismo tal en la concepción de la práctica profesional, que descarte el proceso de pensamiento que identifica, interpreta, analiza, controla y evalúa la acción profesional, aunque derive de la prescripción o indicación de otros.

En el contexto del proceso de cuidar, de intervenir sobre la respuesta humana que es susceptible de cuidado enfermero, es mucho más complejo. Características como la integralidad o las distintas respuestas de las personas ante situaciones relacionadas con la salud, requieren de un examen minucioso y de un análisis claro, pertinente y preciso.

Como dicen Lázaro y Hernández-Clemente (2008), en Los límites de la racionalidad médica, *“todo proceso de razonamiento y toma de decisiones en condiciones de incertidumbre (como lo son siempre las condiciones en que se trabaja en la clínica) exige un ejercicio cuidadoso de selección de la información que se maneja. Exige una información acotada. Tan importante es, a la hora de hacer un diagnóstico, la información que se considera como la que se desecha y la que se renuncia a buscar. Muchas veces el acierto reside en la separación adecuada de los datos que nos pueden iluminar y los que sólo nos pueden deslumbrar”*¹⁸

Alfaro estudia y analiza, en sucesivas publicaciones sobre el Proceso Enfermero, primero, y sobre éste y el Pensamiento Crítico después, la relación

entre uno y otro, considerando a ambos como herramientas y estrategias útiles y necesarias, en el acto de cuidar. Basada en Halpern, define el Pensamiento crítico en Enfermería como un pensamiento deliberado, dirigido a un objetivo, por el que se emiten juicios basados en evidencias y no en conjeturas. Se fundamenta en principios de la ciencia y del método científico y requiere de estrategias que maximicen el potencial humano y compensen los problemas de la naturaleza humana¹⁹.

En 2007, afirma que el acto de cuidar precisa del desarrollo de competencias en pensamiento crítico que aseguren un proceso de cuidados integrales, seguros y de calidad²⁰. Alfaro (2007: 89)

Esta misma autora en obras posteriores, se refiere al PC, como *“la habilidad para centrar el pensamiento en la obtención de los resultados necesarios”*, y propone una guía para aplicar las habilidades y destrezas del PC que incluye una valoración sistemática e integral, identificación de asunciones, validación de los datos, distinguir disfuncionalidades, lo relevante e irrelevante, identificar diagnósticos, establecer las prioridades, indicar criterios de resultado e intervenciones y evaluar para determinar los resultados obtenidos.¹¹

Sobre el proceso enfermero asegura que *“brinda una forma organizada y sistemática de pensar acerca de los cuidados de la persona”* e insiste en la necesidad del razonamiento clínico como forma de elaboración de juicios clínicos enfermeros diagnósticos y terapéuticos²¹.

En el contexto del cuidado enfermero entendido como el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas reales y potenciales de la persona, familia y/o comunidad, tanto sana como enferma, en los aspectos biológico, psicológico y social²², como resultado del método de intervención o PE, el profesional emite su juicio clínico diagnóstico y/o terapéutico. En el primero se determinan los diagnósticos sobre los que hay que intervenir (cuál es el problema), en las etapas de Valoración/Diagnóstico, y en el segundo, qué

estrategias, indicaciones o tratamientos vamos a planificar (cómo tratarlo), y de qué forma evaluamos sus efectos y los resultados conseguidos (para qué tratarlo) en las restantes etapas de planificación, ejecución y evaluación.

En la misma línea que el resto de autores, Marjory Gordon (1996) refiere con respecto al PC que *“Implica la utilización de la mente para establecer conclusiones, tomar decisiones, efectuar deducciones y reflexionar”*²³.

Kataoka-Yahiro y Saylor (1994) desarrollan un modelo de pensamiento crítico para el juicio enfermero, según el que cada vez que una enfermera tiene que emitir un juicio clínico son cinco los factores del PC que intervienen para que el juicio sea adecuado y de esta forma, establecer un cuidado seguro y eficaz²⁴:

1. Bases de Conocimiento
2. Experiencia
3. Competencias de PC:
 - a. Método científico
 - b. Solución de problemas
 - c. Proceso enfermero
4. Actitudes para el PC: conductas, disposiciones, valores
5. Estándares para el PC:
 - a. Intelectuales
 - b. Profesionales:
 - i. Código deontológico
 - ii. Evaluación
 - iii. Responsabilidad profesional

En función del grado de capacitación, expertía o nivel de competencias adquirido, establecen distintos rangos de Pensamiento crítico, desde el inicial, denominado básico, al máximo rango que denominan responsable.



Figura 4. Modelo de pensamiento crítico para el juicio enfermero.
Kataoka-Yahiro M, Saylor C. 1994. (Adaptado: Potter, 2014)

El PE, es un proceso dinámico que permite una atención adaptada a la evolución de las distintas situaciones de salud o enfermedad. Permite la revisión en todo momento de lo realizado en cada una de sus fases con la finalidad de añadir, modificar, ampliar, según sean las necesidades, así como volver a etapas anteriores para actualizar la situación. Simultáneamente a su implementación y como fundamentos del proceso de pensamiento crítico que supone el juicio clínico, utilizamos el conocimiento teórico, la experiencia con

otros pacientes, aplicamos estándares, demostrando actitudes acorde con el cuidado, principios éticos, utilizando normas, guías y evaluación de resultados.



Figura 5. Proceso enfermero y Pensamiento Crítico

La buena práctica en el cuidado enfermero precisa de elementos esenciales como el razonamiento clínico, la comunicación asistencial y conocimientos científicos, técnicos y humanísticos²⁵.

En general, se consideran **estrategias y herramientas** para el razonamiento crítico el método, el proceso enfermero, como **método de intervención** ante situaciones susceptibles de cuidados enfermeros; la **normalización de la práctica**, a través de estándares, guías o documentos normativos que contengan el **conocimiento enfermero** aplicado a situaciones

de salud o a entornos clínicos específicos; el uso de bases de conocimientos, de taxonomías que utilicen **terminología profesional**.

El método y, su motor, el pensar, precisa de formas de expresión. El pensamiento por tanto se expresa, conserva y difunde a través del lenguaje y éste, a su vez, ayuda a concretar el pensamiento, facilitando el razonamiento.

Sánchez-Prieto (2009), en un interesante artículo de título sugerente y contenido explícito, *No se domina lo que no se nomina: lenguaje y pensamiento*, invita a la reflexión sobre la necesidad y consecuencias de expresarnos, o no, con propiedad, de acuerdo al significado de los términos que utilizamos. Afirma con contundencia, cómo en la actualidad, a pesar de disponer de gran cantidad de información accesible, la falta de rigor en el lenguaje hace que le falte rigor al pensamiento. Como consecuencia de un lenguaje impreciso y un pensamiento pobre se producen falta de iniciativa, apatía, escasez de proactividad, todos ellos factores que van a limitar o dificultar el pensamiento crítico. *“Estamos siempre a vueltas con la gestión del conocimiento pero tendríamos que haber comenzado con la “gestión del vocabulario”*. Esa carencia de rigor en pensamiento y lenguaje puede ser causa de indefinición o imprecisiones que condicionen la toma de decisiones. Por otra parte el nombrar algo supone que la nominación sea la adecuada, lo que nos obliga a pensar lo que decimos y cómo lo decimos²⁶.

Cada profesión o campo de especialización precisa de un lenguaje profesional o especializado que incluye los términos procedentes del lenguaje general, pero que tienen un sentido específico en ese contexto profesional, y los términos específicos propios de ese campo. Los lenguajes especializados son objeto de estudio por parte de la terminología. Cada país, cada entorno, deberá disponer de una terminología propia, acorde con la propia lengua, pero que tenga la capacidad de correlacionarse de forma clara con otras terminologías,

del mismo campo profesional, en otras lenguas. La comunicación creciente en el ámbito internacional exige un intercambio constante y fluido de información que debe estar expresada en la forma más correcta posible en cada uno de los idiomas.²⁷

Es necesario, como punto de partida, disponer de un vocabulario específico, normado, de una terminología propia^{28,29} que permita identificar, nombrar y “hacer visibles” tanto los fenómenos de Enfermería como los cuidados enfermeros, en todos los ámbitos, entornos y situaciones. Una terminología que represente la realidad de la práctica profesional, que facilite los procesos de desarrollo de las áreas de conocimiento, porque sin ella, como dice *M^a Teresa Cabré*, “no se puede hacer ciencia, describir una técnica ni ejercer una profesión especializada”.

Una ciencia empieza a existir cuando sus conceptos son aceptados y la denominación de sus fenómenos comienza a realizarse.³⁰

Es cierto que en Enfermería, a pesar de los avances experimentados, la utilización de un lenguaje común continúa siendo un reto. En la práctica clínica se plantean dificultades en la expresión de los cuidados a pesar de los múltiples esfuerzos para tratar de unificar la metodología y el lenguaje de los cuidados enfermeros.

La utilización del método adecuado y el uso de una terminología común son factores de gran importancia para conseguir homogeneizar, normalizar, la práctica profesional³¹.

En general, cuando hablamos de metodología, no nos referimos sólo al proceso o método de intervención, sino que entendemos que la Metodología de Enfermería abarca, además del Proceso Enfermero, el uso de taxonomías que clasifican el conocimiento enfermero mediante lenguajes estandarizados. Estas taxonomías pretenden una doble finalidad, por una parte, definen, analizan y clasifican los fenómenos que son competencia de la disciplina proporcionando

un marco conceptual para el juicio clínico, al tiempo que nombran, nominan fenómenos y cuidados en la búsqueda de un lenguaje profesional. Sin embargo, así como podemos decir que existe un consenso en cuanto a la aplicación del método, el lenguaje continúa siendo motivo de discusión y debate. De ese modo, el que utilizan las taxonomías de la práctica profesional no siempre se considera válido como sustituto de las expresiones de los profesionales en lenguaje natural, cotidiano, ya sea por la forma de expresión o por no adecuarse conceptualmente a lo que se quiere expresar^{32,33}.

Otra cuestión que podría ser motivo de estudio y reflexión es en qué medida han influido las distintas concepciones de la Enfermería en dichas taxonomías, o dicho de otro modo, lo que algunas autoras y teóricas de la Enfermería han venido a considerar como lo que es enfermero o lo que depende del médico, lo que es “independiente” o “colaborativo o interdisciplinar”, en un intento por definir el conocimiento enfermero y la aportación específica de Enfermería. En ese contexto, desde diferentes sectores se ha propiciado la no utilización de terminología médica que no de los médicos, ya que, como dice *Eulalia Juvé* (2012)³² “los fenómenos en sí no son propiedad exclusiva de ninguna disciplina; son elementos humanos o del entorno y cada disciplina los enfoca, los estudia y los desarrolla desde su óptica y con sus métodos, en algunos casos compartiendo la denominación, en otros atribuyendo un término específico. ¿O es que acaso no empleamos las enfermeras términos y conceptos de las matemáticas o la física, cuando regulamos una perfusión intravenosa, de la química, al considerar la prescripción de la dieta más adecuada para la situación del paciente, o de la filosofía, la sociología y la teología cuando ayudamos a un enfermo a expresar su sufrimiento espiritual?”.

El contraste entre la perspectiva teórica y el quehacer práctico actúa como barrera que dificulta el consenso y por tanto la unificación y normalización de la práctica

Es evidente, como ya se ha dicho, que el proceso de razonamiento llevado a cabo a través del método y que nos conduce a un juicio clínico, tiene

que ser expresado terminológica y conceptualmente, de otra forma no se podría comunicar, ni reflexionar sobre ello, ni interrelacionar, o ser objeto de descripción, explicación o contrastación, ni generar conocimiento⁸. Sin embargo, dada la dificultad de implementación de una terminología enfermera basada en este tipo de lenguajes estandarizados, podríamos pensar que el hecho de asociar método de intervención y taxonomías a veces supone un inconveniente en su aplicación en la práctica profesional, debido a la dificultad de implementación de éstas últimas.

Ya *Hernández -Conesa et al* (2002), calificaban la falta de definición conceptual del objeto de estudio y la carencia de un lenguaje propio común, como unos de los problemas epistemológicos que se plantea actualmente la Enfermería. Problemas que no hemos solucionado, al menos en su totalidad, a pesar de los años transcurridos.



Figura 6. Pensamiento, Proceso y Lenguaje

Conocimiento, pensamiento, método y lenguaje, son elementos fundamentales en el proceso y acto de cuidar, pero no suficientes. Se precisa de un soporte documental que permita la expresión escrita del conjunto de las partes que constituyen el proceso de cuidar.

En el campo de la salud, los cuidados de Enfermería representan una gran parte de la atención sanitaria, sus actuaciones en todos los ámbitos de la asistencia, se traducen en un gran número de datos que hay que registrar, recuperar, analizar, interpretar, procesar, intercambiar, en función de distintas necesidades y fines y siempre teniendo como objetivo, bien la atención a los pacientes, familias, grupos, comunidades, bien el desarrollo de la disciplina enfermera.

El registro de dicha información es necesario para la comunicación interprofesional, la continuidad del cuidado, en la evolución y resolución de los procesos y para garantizar la seguridad del paciente y del profesional.³⁴

Durante mucho tiempo los documentos empleados por los profesionales de Enfermería, para el registro de los cuidados, no se incluían, al alta, en la historia clínica de los pacientes. Una vez que terminaba la estancia clínica y dejaban de ser utilizados por los enfermeros, perdían su utilidad, siendo desechados. Esta situación ha ido evolucionando y mejorando a la par que la disciplina, y, de alguna forma, en la medida en que Enfermería se ha ido integrando en Comisiones de Documentación clínica, en particular y de Calidad, en general.

Actualmente, las estrategias institucionales para asegurar la continuidad de la asistencia y del cuidado, no podrían llevarse a cabo sin un soporte documental adecuado que, en el caso de Enfermería, debe permitir el registro

de todo el proceso enfermero: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, así como expresarse utilizando un lenguaje profesional.

En líneas generales denominamos registros de Enfermería a la documentación, en soporte papel o electrónico, que contiene toda la información sobre la actividad planificada, realizada y que se genera en la relación con el paciente. Dichos registros forman parte de la historia clínica³⁵, conforme a la legislación vigente en la materia, a la que ya hicimos alusión en el apartado correspondiente al marco jurídico profesional y que a continuación detallaremos.

La LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en su artículo 2, establece los principios básicos entre otros, sobre la documentación clínica³

- *Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente*

- *La persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida*

Artículo 3. A efectos de esta ley se entiende por:

- *Documentación clínica: el soporte de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial.*

- *Historia clínica: el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.*

- *Información clínica: todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla.*

En el Capítulo V. La Historia Clínica. Artículo 15, establece los documentos mínimos que debe incluir, entre los que se encuentran:

- *La evolución y planificación de cuidados de Enfermería.*
- *La aplicación terapéutica de enfermería.*
- *El gráfico de constantes.*
- *El informe clínico de alta.*

Artículo 16. Usos de la historia clínica.

- *La historia clínica es un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente. Los profesionales asistenciales del centro que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente tienen acceso a la historia clínica de éste como instrumento fundamental para su adecuada asistencia.*

Distintos estudios demuestran la dificultad de los profesionales para el registro y manejo de la información. Actualmente los avances en tecnologías de la comunicación han hecho posibles sistemas electrónicos de gestión de la información clínica y, en su caso, de los cuidados de Enfermería, de tal forma que dichos registros, ya en la mayoría de los casos se realizan en soporte electrónico. Estos sistemas permiten el registro de la información en un entorno compartido con el resto de profesionales que intervienen en el proceso e incluso con el propio paciente.^{36,34}

La Organización Mundial de la Salud (OMS), incide en la importancia de la normalización de la información sanitaria, entendiendo por normalización, “la formulación de especificaciones aceptadas que establezcan un lenguaje común, como base para la interpretación y el intercambio de información”, que empleada de forma sistemática, redundará en una mayor exactitud, eficiencia, fiabilidad y comparabilidad de la información sanitaria, tanto en el ámbito nacional como en el internacional y en una mayor calidad de la atención a los

pacientes, intervendrá de forma positiva en su seguridad y, en definitiva, en unos servicios de salud más eficientes.

Otros aspectos de la atención clínica, a la que considera un campo de acción prioritario, que se verán beneficiados, son los sistemas de registros (historia clínica y otras bases de datos), la explotación de datos con fines de gestión o de investigación, la docencia, la toma de decisiones, la obtención y medida de resultados y distintas aplicaciones y sistemas de gestión, muchos de ellos en formato electrónico, para los que un corpus de terminología clínica normalizada es imprescindible.

Ante las variadas y diferentes terminologías y nomenclaturas creadas en el campo de la salud y concretamente en los distintos ámbitos profesionales, la OMS resalta la necesidad de llegar al consenso y utilizar un lenguaje estándar o sistema unificado de lenguaje³⁷.

Como refiere el *Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, en nuestro país*, se ha ido sustituyendo el soporte en papel de la historia clínica por un soporte electrónico, siendo el grado de implantación de la historia clínica electrónica en el ámbito del Servicio Nacional de Salud, casi total en la Atención Primaria y siendo previsible que se alcance ese nivel en breve plazo en la Atención Especializada y emergencias. Con el fin de homogenizar la información, como elemento de normalización que facilite el intercambio de información, este RD pretende establecer el conjunto mínimo de datos (CMD) que deberán contener una serie de documentos clínicos con el fin de compatibilizar y hacer posible su uso por todos los centros y dispositivos asistenciales que integran el Sistema Nacional de Salud.

Entre dichos documentos se encuentra el Informe de Cuidados de Enfermería al alta y entre los datos señalados como “conjunto mínimo” (CM), es

decir de presencia obligada, figuran los literales de diagnósticos, resultados e intervenciones de las taxonomías de práctica enfermera NANDA, NOC y NIC.5

(ANEXO I: Informe de Cuidados de Enfermería al alta)

Las enfermeras necesitamos el lenguaje de dos mundos, el de la ciencia y el de la gente.

V. Henderson,

1.3. La Semántica en las Ciencias de la Salud

A través de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), se

ha experimentado un gran avance en la gestión y manejo de la información en todos los campos. En el ámbito de la salud, a pesar de la evolución conseguida la progresión es más lenta y, en el caso de los sistemas de información clínicos o de salud (SIS), en parte se atribuye este retraso a la complejidad del manejo del lenguaje.

Desde una perspectiva semántica la riqueza del lenguaje narrativo hace que sea difícil el control y comunicación de esa información que va a ser interpretada en función de distintos factores que pueden condicionar a emisores y receptores: capacidad cognitiva, contexto o disciplina profesional. Sin embargo, los SIS precisan de información estructurada y codificada, basada en un lenguaje especializado que no siempre coincide con las expresiones utilizadas cotidianamente en la clínica³⁸.

Encontrar la forma de conjugar en la gestión de la información clínica, conocimiento y comunicación, información y lenguaje, es el objetivo de organismos, instituciones y profesionales, con la finalidad fundamental de poder compartir, analizar y explotar esa información que asegura una atención continua e integral.

Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua, el significado de semántica es el estudio del significado de los signos lingüísticos y sus combinaciones.

Ya hemos hablado de la importancia de disponer de lenguajes especializados normalizados que permitan expresar y compartir conocimiento e información.

En función de la definición de Cabré, los lenguajes especializados en Ciencias de la salud abordaran las temáticas relacionadas con este campo y serán utilizados fundamentalmente por profesionales de dichas ciencias o

disciplinas, quienes utilizarán sus propios códigos en función de la situación y contexto: en la asistencia, docencia, investigación o gestión. Deberán caracterizarse por su precisión, claridad y definición de significado y connotación, con el fin de asegurar la comunicación³⁹.

En general, se diferencian dos tipos de vocabulario:^{40, 32, 41}

- Vocabulario natural: Es el que utilizamos de forma espontánea en función del contexto. Puede ser especializado, utilizando acrónimos y palabras de “jerga”. No utiliza definiciones rigurosas, puede presentar carencias en cuanto a la integridad, exactitud y precisión de los datos. Por ejemplo es el que se utiliza cuando hablamos entre profesionales o con los pacientes. Este tipo de lenguaje no es interoperable ni comparable
- Vocabulario controlado: Es el que identifica y especifica el significado de la información, estableciendo reglas semánticas para su interpretación. Facilita la traducción a distintos idiomas y el intercambio de información entre distintos profesionales, departamentos, centros o niveles de atención.

Los **vocabularios controlados, normalizados o estandarizados**, son agrupaciones sistemáticas de conceptos que facilitan la organización de la información en las bases de conocimiento de una disciplina científica. Los vocabularios normalizados en las ciencias de la salud son sistemas conceptuales que tienen como finalidad generar, gestionar y transmitir el conocimiento que se estructura mediante conceptos.

Entendemos por normalizado, regulado por un conjunto de reglas, directrices y características, que constan en un documento técnico que recoge las especificaciones de un proceso. Tienen como finalidad responder a una necesidad (unificar, estandarizar) o contribuir a la resolución de un problema (variabilidad)^{42, 31}

En función de sus características u organización pueden ser de distintos tipos:

- Terminología: Es el conjunto de palabras o grupos de palabras, denominadas términos, que tienen un significado específico en un ámbito concreto. Representan la información conceptual de ese ámbito. Un “concepto” es la expresión de las características esenciales de un fenómeno. Incluye el fenómeno, su representación terminológica (nombre) y conceptual (significado).

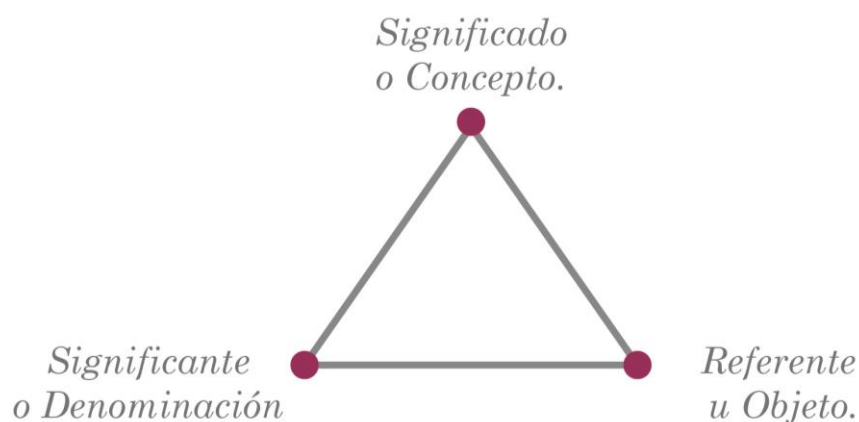


Figura 7. Representación de los componentes de la unidad terminológica (Adaptado de: Santamaría I. La terminología como disciplina: definición, funciones y aplicaciones)

Un “término” o unidad terminológica, es la representación lingüística (denominación) de un concepto en el lenguaje especializado, formada por un mínimo de una palabra. Como dice Cuesta “Los conceptos (unidades de pensamiento) se expresan mediante término (unidades de lenguaje) y los sistemas de conceptos se expresan mediante las terminologías”.

- Terminología clínica es: “un conjunto de términos estructurados y normalizados que busca servir de instrumento para el registro de datos clínicos, como base para posibles investigaciones o como medio de

intercambio de información clínica entre profesionales para la atención de la salud de los pacientes”⁴³.

- Terminología combinatoria: orientada a conceptos que pueden ser simples (dolor) o combinarse para formar otros más complejos (dolor agudo)
- Terminología enumerativa: orientada a los datos y estructurada en base a conceptos complejos (Manejo del dolor), que suponen un término en sí.
- Nomenclatura: Es un sistema terminológico compuesto por los nombres de los términos (o grupo de términos) de una terminología y las relaciones entre ellos. Se basa en normas preestablecidas y está orientado a la construcción, mediante combinación terminológica de conceptos complejos.
- Clasificaciones: Una clasificación es un sistema ordenado de conceptos, con principios de orden implícito o explícito. Se consideran una agregación sistemática de datos, jerarquizada en grupos o clases. El contenido de una Terminología o de una Nomenclatura puede estar ordenado por una Clasificación
- Tesoro: Lista de términos que representan conceptos de forma normalizada. Su contenido está relacionado mediante jerarquias, equivalencias y relaciones asociativas (estructura de árbol)
- Ontología: Listado de conceptos clasificados e interrelacionados, con la finalidad de ser tratados informáticamente

| RECURSO | ASOCIACIÓN DOMINANTE | ELEMENTOS CONTENIDOS | NIVEL DE ABSTRACCIÓN | NÚMERO DE ASOCIACIONES | USOS PRÁCTICOS |
|----------------------|----------------------|-------------------------|----------------------|------------------------|--|
| Clasificación | Jerarquía | Clases | <i>Alta</i> | <i>Intermedio</i> | Agrupar Recuperar |
| Tesauro | Sinonimia | Palabras Términos | <i>Baja</i> | <i>Pocas</i> | Indexar Recuperar |
| Terminología | Múltiple | Conceptos Términos | <i>Variable</i> | <i>Variable</i> | Normalizar Validar Almacenar Recuperar Comunicar |
| Ontología | Múltiple | Conceptos Relaciones | <i>Alta</i> | <i>Muchas</i> | Modelar conocimiento |

Figura 8.- Recursos semánticos y criterios diferenciales (Adaptado de: Manual práctico de interoperabilidad semántica para entornos sanitarios basada en arquetipos)

Los vocabularios controlados, en función de su aplicación, se clasifican en⁴⁰,
32, 41:

- Terminología de Interfase: Es el vocabulario normalizado, controlado, que utiliza el que introduce los datos en un sistema (SIS). En un mismo sistema se pueden utilizar diferentes vocabularios normalizados de interfase, según el ámbito y los usuarios. Un vocabulario de interfase puede ser una terminología estandar o una clasificación de lenguaje profesional, sin embargo se recomienda la elaboración de un vocabulario de interfase “ad hoc”, elaborado con los términos que se utilizan en la práctica y basado en el consenso de los profesionales que lo van a utilizar. La terminología de interfase deberá estar relacionada con un vocabulario de referencia que aporte el significado e interrelacione los conceptos incluidos.
- Terminología de Referencia: Es el vocabulario controlado con el que los datos serán almacenados en el SIS. Las diferentes terminologías de Interfase convergen en una única terminología de referencia, generalmente una nomenclatura que permite la interoperabilidad semántica. Este tipo de terminología permite la comunicación entre sistemas que utilicen vocabularios diferentes y que en principio, por ese motivo, no se podrían comunicar. Pero si relacionamos cada uno de ellos con otro vocabulario, el

de referencia, si podremos identificar, comparar y manejar la información. Este tipo de vocabulario establece un mayor grado de detalle, mejorando el registro y la explotación de datos. En este caso no es recomendable la elaboración de una terminología de referencia “ad hoc”, por su complejidad. Esta terminología de referencia deberá estar relacionada con los vocabularios o terminologías de salida.

- Terminologías de Salida: Son las diferentes terminologías o clasificaciones que se utilizan para el análisis de la información desde diferentes perspectivas (financiera, clínica), ya que es el que se utiliza para la gestión, con fines estadísticos o de investigación. Los sistemas informáticos de terminología deben proveer herramientas para recuperar información representada con la Terminología de Referencia y transformarla en el Vocabulario de Salida deseado.



Figura 9. Relación de los distintos tipos de terminologías (Adaptado de: http://www.ticsalut.cat/estandards/terminologia/recursos/es_la-semantica-a-salut/)

Algunos autores señalan que estos tipos de vocabulario no son excluyentes.

El de interfaz y de salida coinciden con cierta frecuencia, ya que su finalidad suele ser agrupadora, relacionada con tipos de pacientes, patologías y/o, consumos que facilitan el análisis económico y estadístico de los datos.

Con respecto al de interfaz y al de referencia, afirman que se puede dar el caso de que sea el mismo de forma esporádica, no siendo lo habitual, ya que este último contiene la información clínica con el máximo nivel de detalle.

Sin embargo, en el caso de la Enfermería, sí es habitual que el lenguaje de interfaz coincida con el de referencia y no es menos cierto que muchas de las dificultades, como vimos cuando nos ocupábamos de la Documentación de registro enfermero, se relacionan con la disparidad entre las expresiones profesionales habituales y las denominaciones terminológicas de taxonomías de la práctica enfermera.

Probablemente sea preciso reflexionar e investigar más en este sentido. Si lo que caracteriza una terminología de referencia es su nivel de complejidad y especificidad y su finalidad contener y expresar el conocimiento, en este caso, enfermero, es probable que sus términos sean más o menos adecuados en función del contexto.

| SISTEMAS DE LENGUAJE UNIFICADO | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------|------------------------------------|-------------|
| Nomenclatura | Clasificación (Taxonomía) | Terminología de interfase | Listado normalizado | Vocabulario habitual | Jerga local |
| Vocabulario de referencia | | Vocabularios de interfase | | Lenguaje natural | |
| VOCABULARIOS CONTROLADOS | | | | VOCABULARIOS NO CONTROLADOS | |

Figura 10.-Organización de los vocabularios (Adaptado de Juvé Udina, ME. Evaluación de la validez de una terminología enfermera de interfase)

Como dice Cabré (1993; 1999; 2001) “La terminología, independientemente de la temática o el contexto en que se produce, cumple dos funciones: la función de representar el conocimiento especializado y la función de transmitirlo”

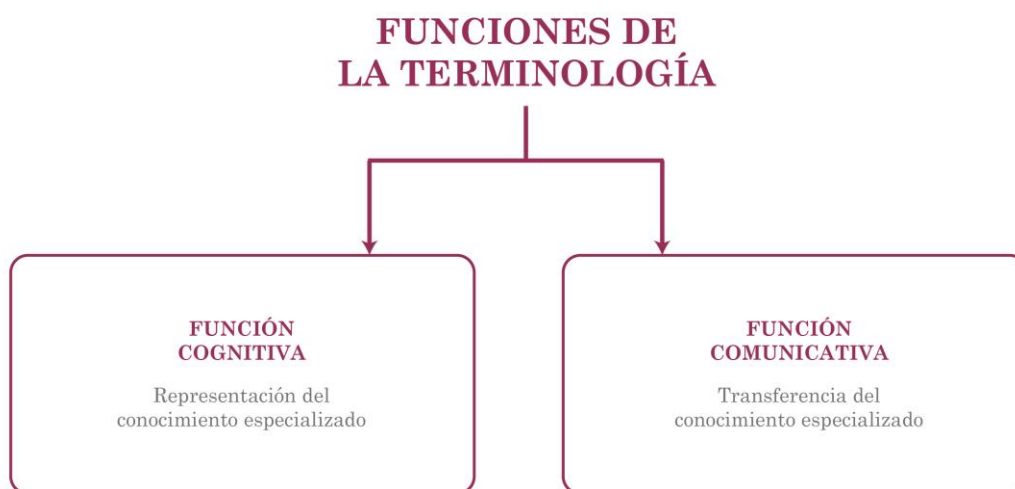


Figura 11.- Adaptado de Santamaría I. La terminología como disciplina: definición, funciones y aplicaciones.

Es decir, puede ser necesario abarcar la totalidad de dicho conocimiento, de forma explícita, en un contexto de formación, con fines docentes, pero puede no ser adecuado ni funcional, en un entorno clínico, donde el mismo contenido se puede relacionar con términos más afines al lenguaje profesional natural pero que, implícitamente, se asocian al conocimiento clínico de referencia. Y, esa función comunicativa, es la que correspondería a lo que se describe como un lenguaje de interfaz.

Según Santamaría, en las concepciones de la terminología se pueden establecer dos ejes:

1. Eje teórico, de desarrollo académico, que la concibe como disciplina, con dos posiciones sobre los términos, como signos del lenguaje y como signos con valor semiótico

2. Eje práctico, que incluye:
- a. La traducción por parte de organismos internacionales
 - b. La normalización por parte de organismos nacionales
 - c. La estandarización por parte de asociaciones, empresas, relacionada con la documentación

TERMINOLOGÍA

Estudio y recopilación de términos especializados

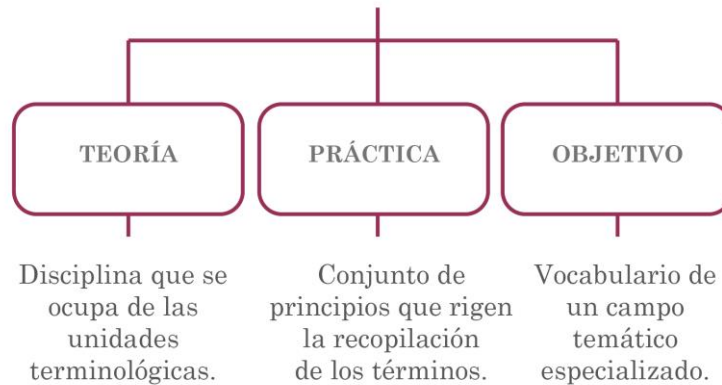


Figura 12. Adaptado de Santamaría I. La terminología como disciplina: definición, funciones y aplicaciones.

La ISO (International Standardization Organization), en la norma “Vocabulario de Tecnologías de la Información - Términos Fundamentales, o ISO/IEC 2382-01” define la interoperabilidad como la “capacidad para comunicarse, ejecutar aplicaciones o transferirse datos entre varias unidades funcionales sin que el usuario necesite conocer las características particulares de dichas unidades”.

“La Interoperabilidad semántica es el estado que existe entre dos aplicaciones cuando, con respecto a una tarea específica, una aplicación puede aceptar datos de la otra y realizar esa tarea de manera satisfactoria, sin necesidad de la intervención externa de un operador”⁴⁴.

En el ámbito de la salud adquiere una especial relevancia en la información clínica.

En la actualidad, uno de los objetivos dirigido a la continuidad asistencial, es poder compartir toda esa información sin que pierda ni contenido ni significado es decir, tener acceso a la información de un paciente desde cualquier servicio de salud, de tal modo que se pueda disponer de toda la información clínica de esa persona cada vez que se precise.

Para ello es necesario contar con estándares, herramientas, que garanticen la interoperabilidad, tanto a nivel operativo o técnico, como semántico. En la interoperabilidad operativa los estándares se refieren a la forma: ficheros de transmisión, estructura, formato, y en la semántica al fondo: datos clínicos de los ficheros⁴⁵.

La interoperabilidad semántica permite, a través de sistemas informáticos, que se reciba e integre información de forma comprensible con el significado original, sin necesidad de intervención humana. *“La interoperabilidad semántica requiere la normalización de los datos intercambiados y de su contexto para que puedan ser comprensibles e interpretados de igual manera por todos los participantes en el proceso de atención de la salud”*⁴⁶.

Los sistemas de información asistencial o de salud (SIS), permiten registrar, consultar, intercambiar, manejar y procesar la información, proporcionando un medio para la historia clínica digital, accesible para profesionales y pacientes y necesaria para la continuidad asistencial, para generar información para la investigación, y de utilidad en formación y gestión clínica.

Pero para que la información clínica que contienen estos sistemas de información pueda ser utilizada en diferentes contextos o incluso con diferentes vocabularios, se precisa de servidores terminológicos que proporcionan un sistema completo de representación del conocimiento médico y/o enfermero, en la mayoría de los casos.

Los servidores de terminología (ST) han adquirido un protagonismo principal en el manejo de terminologías clínicas y en el contexto de la gestión clínica. La codificación y el registro de los distintos procesos asistenciales, la planificación asistencial y los distintos informes clínicos, entre otros, han convertido estas herramientas en recursos fundamentales en la imprescindible interoperabilidad semántica.

Un servidor terminológico es una herramienta diseñada para resolver la interoperabilidad terminológica o semántica, en un sistema de información de salud (SIS)⁴⁷.

Son herramientas informáticas que permiten que la información esté registrada de forma normalizada y por tanto, pueda ser utilizada cuantas veces

se precise. Deben disponer de un vocabulario de interfase acorde con el ámbito de utilización, así como herramientas para su mantenimiento (registro profesional de los datos), de uno de referencia, con el máximo nivel de detalle y de los de salida necesarios para los análisis de la información que sean pertinentes. Todo ello en el contexto de un sistema funcional y manejable que permita la navegación de forma eficiente. Estos sistemas requieren de informáticos y profesionales de la salud, para su desarrollo, actualización y mantenimiento.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad trabaja desde hace años en el proyecto de Historia Clínica Digital para el Sistema Nacional de Salud y, en ese contexto, define las políticas de normalización y los principios y estrategias de interoperabilidad semántica, para los distintos sistemas de información:⁴⁸

Principios

- 1.- Información clínica interoperable. Para ello es clave normalizar la terminología clínica y contar con terminologías de referencia que faciliten la comunicación de contenidos de forma fiel a sus significados.
- 2.- No duplicar esfuerzos innecesariamente. Contando con infraestructura tecnológica compartida y a través de programas de colaboración.
- 3.- Partir de modelos de referencia definidos. Se precisan modelos de información normalizados que permitan enlazar con las codificaciones correspondientes a los elementos terminológicos que sean pertinentes.
- 4.- Políticas de normalización con infraestructura de servicios compartida, dotada con modelos de información clínica y recursos terminológicos

5.- Recursos compartidos y reutilizables de terminología. Servicios de referencia terminológica, entre ellos Vocabularios controlados, como (SNOMED CT), recursos electrónicos de clasificaciones y taxonomías (CIE-9-MC, CIE-10, CIE-10-ES, CIAP-2, Taxonomías Enfermeras NNN y Vínculos), tesauros y ontologías formales de representación de conocimiento basados en conceptos codificados de las terminologías.

6.- Contribución a la implementación de las políticas de normalización en el SNS, a través de la provisión de servicios encaminados a las directrices de interoperabilidad semántica definidas.

Estrategias

Se fundamentan en distintos elementos como modelos, terminologías, información de documentación clínica, y las distintas relaciones entre ellos.

1.- Creación y difusión de modelos de información clínica de referencia, que incluyen los documentos del Conjunto mínimo de datos de informes clínicos (CMDIC), documentos de recta electrónica, Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) y otros documentos relevantes para la actividad asistencial o explotación de datos clínicos

2.- Creación de una red de servidores de terminología con el apoyo del Servidor Terminológico de referencia del SNS (stSNS), instalado en el MSSSI y disponible para todo el SNS, común a otros proyectos de interoperabilidad como la Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud (HCDSNS)

3.-Formación sobre Normalización Terminológica

4.- Regulación de normativas en el ámbito de la Información Sanitaria

5.- Coordinación a través de sistemas de monitorización, supervisión, evaluación y auditoría externa

6.- Certificación para la acreditación de profesionales para implementar modelos de software de recursos semánticos y de los programas y contenidos formativos relacionados con ellos, así como la certificación para contenidos clínicos interoperables conforme a regulaciones existentes y a lo acordado entre los agentes del SNS.

1.3.3 SNOMED CT (*Systematized Nomenclature of Medicine-Clinical Terms*)

En España, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), ha establecido distintos tipos de Servicios Terminológicos de Referencia para el Sistema Nacional de Salud (SNS), dotados de recursos terminológicos como SNOMED CT.^{46, 48}

La terminología clínica SNOMED-CT es una terminología clínica integral, multilingüe y codificada que está catalogada como la de mayor amplitud, precisión e importancia a nivel mundial y representa un recurso de gran importancia para la información de la salud. Debido a su tamaño y complejidad, contiene más de 300.000 conceptos, 700.000 descripciones y 900.000 relaciones. Con el fin de hacer su uso más funcional y operativo, se cuenta con conjuntos y subconjuntos que agrupan conceptos con un propósito determinado o un dominio concreto⁴⁹.

Permite el registro de los datos clínicos asociados a códigos, con precisión, y facilita la interoperabilidad entre sistemas informáticos (SIS), heterogéneos.

La unidad semántica básica de ésta terminología, son los conceptos estructurados en jerarquías, definidos e interrelacionados. Se organiza en 19 ejes con categorías ascendentes y descendentes. Cada concepto dispone de un codificador unificado al que se asocian las distintas denominaciones, descripciones o formas de referenciar dicho concepto. Esto le da un valor fundamental en el control y manejo de la variabilidad semántica. Las descripciones de cada concepto pueden ser de tres tipos diferentes⁴⁹:

- FSN (Fully Specified Name): Descripción específica del concepto, incluye información sobre eje ó subeje al que corresponde
- PT: Preferred Term o Término Favorito: descripción más identificable por los profesionales, disponible para su utilización. Cada concepto debe tener una
- SIN: Sinónimos opcionales que pueden tener los conceptos

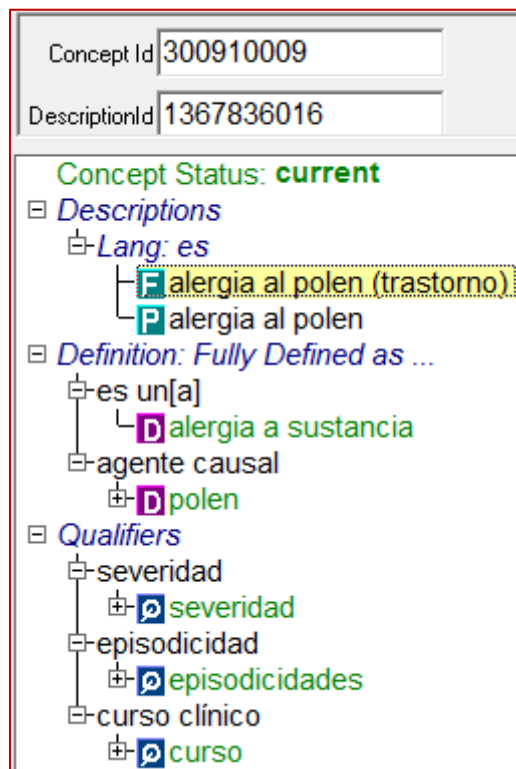


Figura 13. Representación concepto de SNOMED CT (En www.ticsalut.cat)

SNOMED CT, se distribuye en varios idiomas y puede ser utilizada como terminología clínica de interfaz y/o de referencia. Por una parte, permite la elaboración de listas de términos de uso preferente para el registro clínico (interfaz) y por otra, estructura y agrupa los conceptos de forma específica y en base a descripciones y relaciones (referencia).

La International Health Terminology Standards Development Organisation (IHTSDO) es la organización danesa, que tiene los derechos de propiedad intelectual de SNOMED CT y se ocupa de su desarrollo, mantenimiento y distribución. Su finalidad es la utilización de productos terminológicos normalizados en los sistemas de salud para mejorar el proceso asistencial y la salud de los pacientes (<http://www.ihtsdo.org>). El representante español en esta organización es el MSSSI y la Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación la encargada de promover el uso de SNOMED CT como terminología clínica de referencia para la HISTORIA CLÍNICA DIGITAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (HCDSNS). El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad es también el CENTRO NACIONAL DE REFERENCIA para SNOMED CT dentro de nuestro territorio nacional. Esta terminología se utiliza en más de 50 países y, en el nuestro, en proyectos de normalización en sistemas de información clínica.⁴⁶

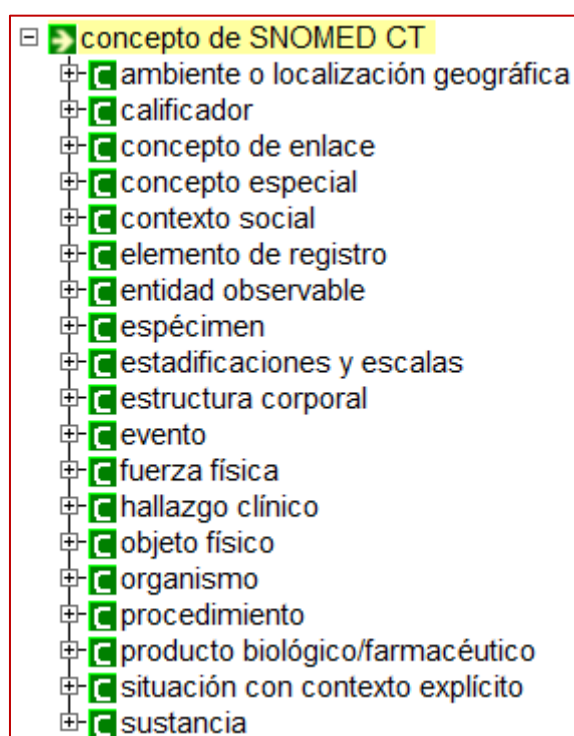


Figura 14.-Ejes Principales SNOMED CT (En www.ticsalut.cat)

Como ya se ha dicho, su utilización no es incompatible con el uso de otros vocabularios controlados.

SNOMED CT, a través de conjuntos de referencia cruzada o mapeos, establece, estructura y registra las equivalencias entre términos de diferentes terminologías. Este sistema permite la utilización de un vocabulario normalizado, para el registro clínico, diferente al estándar o de referencia. La posibilidad de cruzar la información facilita el análisis, manejo y explotación de la información clínica en distintos ámbitos y contextos de la atención de la salud.

Los mapeos se establecen por cada uno de los vocabularios según las siguientes relaciones⁵⁰:

- Uno a uno: término vocabulario determinado a término SNOMED
- Uno a varios: término de SNOMED CT a varios términos juntos del otro vocabulario
- Varios a uno: caso inverso al anterior. Varios SNOMED a uno vocabulario. No permitido en SNOMED que exige que el cruce de sus términos sea de uno en uno

- Alternativas: término del vocabulario a más de un término SNOMED, de forma independiente

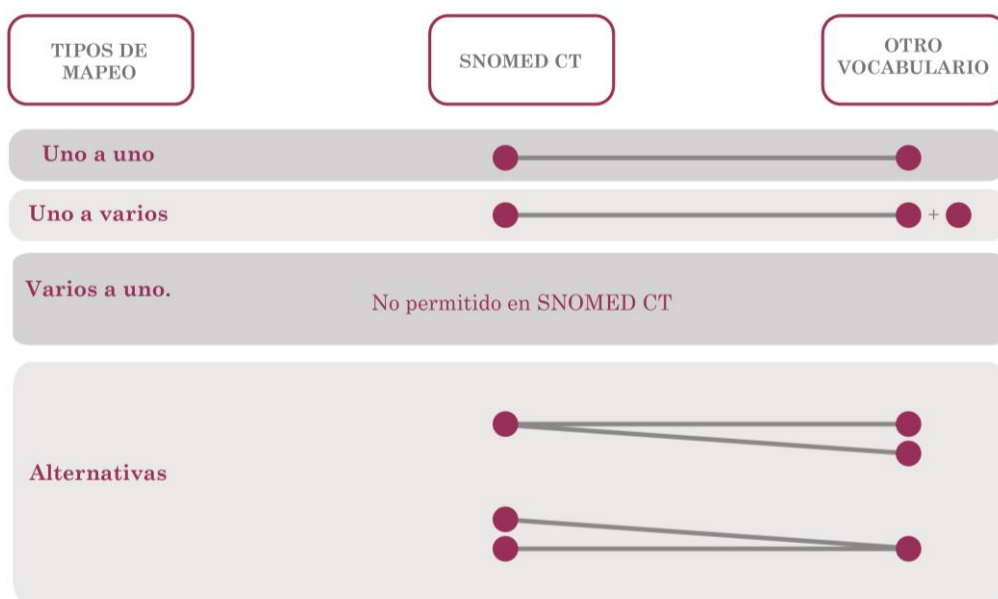


Figura 15. Tipos de Mapeo (Adaptado de Ticsalud)

| TIPO DE MAPEO | SNOMED CT | OTRO VOCABULARIO |
|----------------------------------|---|-------------------------|
| Uno a uno. | <i>“Alergia al cinc (trastorno)”</i> | “Alergia al cinc” |
| Uno a varios. | <i>“Alergia al cinc (trastorno)”</i> | “Alergia” + “cinc” |
| Varios a uno. | <i>“Estado alérgico (trastorno)” + “alimento (sustancia)”</i> | “Alergia alimentaria” |
| NO PERMITIDO EN SNOMED CT | <i>“Alergia al alimentaria (trastorno)”</i> | “Alergia a un alimento” |
| Alternativas. | Conceptos Relaciones | o “Alergia alimentaria” |

Figura 16. Ejemplos tipos de mapeos (Adaptado de Ticsalud)

SNOMED CT, dispone de mapeos con otras clasificaciones de uso habitual como son: CIE-9-MC, CIE-10, CIAP-2, LOINC, clasificaciones de enfermería, etc.

En general, el uso de una terminología de referencia, no sustituye la utilización de otros recursos semánticos y en ese sentido, SNOMED CT no

reemplaza a otras clasificaciones sino las completa con la finalidad de servir como terminología de referencia para el desarrollo de la interoperabilidad semántica de la historia clínica electrónica⁴⁶.

1.3.4 Armonización de lenguajes profesionales controlados

Es cierto que cada vez es mayor la necesidad de unificar el lenguaje en el ámbito de la salud y no lo es menos, que son numerosos los esfuerzos dirigidos en ese sentido.

El disponer de un lenguaje normalizado adquiere una mayor perentoriedad debido al protagonismo de los sistemas informáticos de salud, como herramientas para la gestión clínica⁵¹. No obstante, la diversidad y complejidad de la atención, del vocabulario médico y enfermero, de las expresiones procedentes de otras lenguas de origen, o la falta de reconocimiento o asociación de términos establecidos por determinadas terminologías, con lo que se identifica o se realiza con los pacientes, son fuente de dificultad en la utilización de un lenguaje controlado o normalizado en la práctica profesional, a pesar de que, actualmente, se dispone de distintos y variados recursos semánticos y sistemas informáticos, en los centros de atención⁵². Sin embargo, como sabemos, su uso es imprescindible para asegurar la comunicación entre profesionales, con el paciente, garantizar la continuidad de la atención, explicitar la aportación y responsabilidad profesional, controlar riesgos y eventos adversos, además de permitir la explotación de datos con fines de investigación o servir de estrategia docente⁵³.

En el marco de lo expresado por Clark y Lang, 1992⁵⁴: *“Si algo no puede ser nombrado, no puede ser tampoco financiado, explicado, investigado o encuadrado en el marco de las políticas de sanidad pública”*, todavía, a día de hoy, muchas de las intervenciones enfermeras que se realizan en los hospitales “no dejan huella” en los sistemas de contabilidad ligados a la atención especializada. Como mucho son imputados de forma indirecta al proceso médico. Esto debe obligarnos a

una reflexión, ¿es por falta de un registro normalizado?, como ya se ha dicho, en la mayoría de los casos ya se dispone de sistemas informáticos de atención o salud (SIA-SIS), con lenguajes controlados y, aún así el problema persiste.

¿Es adecuado el uso de los lenguajes profesionales en dichos sistemas?, hay numerosos estudios^{55 56} que abordan este interrogante y que terminan concluyendo que la infrautilización de los SIS está directamente relacionada con aquellas partes de la aplicación que tienen que ver con el diagnóstico enfermero y el uso de taxonomías de la práctica profesional. Uno de los argumentos más esgrimidos es la falta de comprensión de los términos utilizados, así como la dificultad para expresar lo que se necesita explicar o la indefinición, que provoca incertidumbre, con un registro que no siempre explicita qué hay que hacer, por qué o cómo. Esto nos debe llevar a plantearnos si los vocabularios controlados que utilizamos, normalmente asociados a taxonomías de diagnósticos, resultados e intervenciones, son acordes con el lenguaje natural de carácter profesional, con el que habitualmente nos expresamos entre los miembros de los equipos asistenciales o con los pacientes y sus familias.

Es evidente que es necesario conceptualizar el conocimiento enfermero, como también lo es su tratamiento informático que hace posible el procesamiento de la información, de otra forma ya sería difícil de concebir, pero es necesario arbitrar soluciones que conjuguen todas las herramientas y bases de conocimiento. De no ser así, en algunos ámbitos como la Atención Especializada, muchos de los cuidados enfermeros que provienen de un juicio razonado, no constarán como tales, por tanto no podrán ser nombrados, identificados, analizados y/o explicados, no podrán ser utilizados como fuente de información sobre la intensidad, variabilidad o complejidad de la asistencia, no se integrarán con el resto de datos de la historia del paciente, ni participarán de la continuidad del cuidado.

En definitiva no demostrarán el aporte de la competencia enfermera en el cuidado de la salud así como los resultados obtenidos a través de la práctica profesional.

Como dice Romero Gutiérrez, lo ideal es combinar los distintos recursos semánticos. Las terminologías, clasificaciones, ontologías, pueden complementarse. Las tecnologías de la información y comunicación (TIC) permiten su utilización de forma integrada o coordinada con los SIS.

| RECEPTORES | | | | |
|------------------------|-----------------|----------------------|----------------------|----------------|
| Donantes | Clasificaciones | <i>Tesauros</i> | <i>Terminologías</i> | Ontologías |
| Clasificaciones | Mapeos | <i>Complementos</i> | <i>Mapeo inverso</i> | Reglas |
| Tesauros | Índices | <i>Traducción</i> | <i>Búsqueda</i> | Adquisición |
| Terminologías | Mapeo directo | <i>Poblamiento</i> | <i>Mapeos</i> | Representación |
| Ontologías | Desarrollo | <i>Equivalencias</i> | <i>Reglas</i> | Complemento |

Figura 17. Relaciones entre recursos semánticos (En Monografía: Manual práctico de interoperabilidad semántica para entornos sanitarios basada en arquetipos. Instituto Carlos III)

Incluso el lenguaje natural puede ser fuente de identificación de términos representativos del juicio clínico que una vez conceptualizados y codificados, pueden formar parte de un vocabulario de interfaz, acorde con un contexto o dominio determinado del ámbito de la salud y, probablemente, más afín al lenguaje natural, cotidiano, utilizado por los profesionales. Ese vocabulario, una vez normalizado, será correlacionado, mapeado, con los de referencia y de salida.

Algunos autores recomiendan un margen de registro en texto libre para evitar el uso de códigos inadecuados por carencia del término apropiado. La observación y análisis del texto libre nos dará información sobre las carencias de la terminología, así como sobre su manejo y aplicabilidad.³⁸

Del Gallego, 2014⁵⁷, afirma que la redacción libre expresa la manera de entender al enfermo. Los comentarios reflejan lo que el profesional cree que hay de importante en la atención al enfermo.

Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua⁵⁸

Armonizar: Poner en armonía, o hacer que no discuerden o se rechacen dos o más partes de un todo, o dos o más cosas que deben concurrir al mismo fin.

Armonía: Conveniente proporción y correspondencia de unas cosas con otras.

En general se trata de poner en marcha estrategias tendentes a la armonización del lenguaje profesional normalizado o controlado que combinen los distintos recursos semánticos con la finalidad de proporcionar un medio de expresión acorde con la disciplina, el ámbito y la atención de salud que corresponda⁵⁹.

No se domina lo que no se nombra: lenguaje y pensamiento

Sánchez Prieto, 2009

1.4 Lenguajes Enfermeros Estandarizados

Enfermería en su quehacer cotidiano maneja una gran cantidad de datos relativos al estado de salud de las personas a las que atiende. Mediante el procesamiento de esta información, a través de la conceptualización seremos capaces de manejar dichos datos, de convertirlos en un concepto identificable desde el punto de vista disciplinar ⁶⁰

El origen del lenguaje enfermero especializado surge de la necesidad de nombrar, de identificar el objeto de interés y los fenómenos propios de la disciplina, de dotar a esos conceptos de un nombre específico y profesional que contribuya a la definición del campo de acción y a la organización del conocimiento enfermero.

Desde una perspectiva histórica, surgen las primeras iniciativas de nombrar los fenómenos de Enfermería tras el reconocimiento del proceso enfermero, que caracteriza el método, la forma en que se desarrolla el cuidado enfermero en el proceso de salud, y en un intento por clarificar y codificar de qué se ocupan las enfermeras de forma específica y propia como disciplina.

Como parte del binomio lenguaje – pensamiento, la necesidad de un lenguaje común, que dote a los conceptos de una identidad profesional, inicialmente se centra en el juicio clínico diagnóstico. Es preciso nombrar las respuestas, estados, situaciones o procesos de los que nos ocupamos con el objeto de hacerlos explícitos, específicos, basados y ligados a un conocimiento y pensamiento enfermero.

Como complemento y consecuencia del diagnóstico, comienza el desarrollo de clasificaciones de resultados e intervenciones que completan el campo de la competencia profesional.

El conjunto de éstas taxonomías y clasificaciones tiene como finalidad facilitar la comunicación, la transmisión sistemática de la información e identificar el conocimiento específico de la disciplina enfermera.¹⁰

Como afirman Maas, Hardy y Craft (Carpenito, 1995)⁶¹:

“Para que la ciencia de una disciplina práctica progrese, deben identificarse, definirse y validarse empíricamente los conceptos que describen las materias objeto de la especialidad”

Los vocabularios normalizados enfermeros son denominados también sistemas de lenguaje enfermero (SLE) o lenguaje enfermero estandarizado (LEE).

En general, la utilización de un lenguaje enfermero estandarizado se relaciona con⁶²:

- Generación de conocimiento: aporta una definición precisa de los conceptos relevantes para la práctica enfermera, permitiendo la identificación inequívoca, dotándolos de elementos que los caracterizan, condiciones en las que ocurren, consecuencias y cómo deben ser medidos.
- Razonamiento clínico: facilita el proceso de razonamiento y la toma de decisiones, fundamentándose en el conocimiento enfermero necesario para la interpretación precisa de las observaciones de pacientes y entornos
- Práctica clínica: se relaciona con la obtención de mejores resultados y con la contribución específica en el ámbito de la valoración, de la comunicación y de la gestión del cuidado
 - o Valoración: como piedra angular del razonamiento clínico, precisa del conocimiento de los conceptos para contrastarlos con las observaciones, con la información que obtiene del paciente
 - o Comunicación: en este caso la contribución es evidente en el intercambio, transmisión y registro de la información.

Facilita la estructuración de los datos, asegura la continuidad del cuidado y la organización de la atención

- Gestión Clínica: provee de la información para la evaluación de resultados, el análisis de costes y la efectividad clínica

[Un sistema de lenguaje normalizado] "... facilita el juicio clínico porque representa una parcela del territorio de la Enfermería Clínica; contiene términos que permiten (al profesional de Enfermería), distanciarse de la experiencia inmediata, desarrollando teóricamente su actividad práctica... (porque es)"en el proceso de creación de significados donde los sujetos integran e intercambian su experiencia y su conocimiento"

(Vovio citado por Campos de Cavalho, 2013)

1.4.1 Lenguajes estandarizados reconocidos por la Asociación Americana de Enfermería

Desde la década de los años 70, se trabaja en Estados Unidos en el desarrollo de distintas taxonomías y clasificaciones.

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (1973), la clasificación OMAHA System (1975), o las de Intervenciones NIC (1988) y Resultados NOC (1989) y el primer CMBD enfermero (1985) son algunas de ellas.³²

En la década de los 90, la Asociación Americana de Enfermería (ANA), reconoce distintas Taxonomías como la Taxonomía I de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (North American Nursing Diagnosis Association - NANDA) (kim et al. 1993); el Sistema OMAHA (Martin y Scheet 1992); la Clasificación de Cuidados Sanitarios Domiciliarios o SABACARE (Home Health Care Classification -HHCC), actualmente CCC (Saba 1992); la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) (McCloskey y Bulechek 1996); la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) (Jonson y Maas 1997) y el Conjunto de Datos de Cuidados del Paciente (Ozolt et al. 1994).^{63 64} Desde entonces estos trabajos están en continuo estudio y revisión, publicándose periódicamente sus nuevas ediciones. A ellos se han ido sumando otras iniciativas por parte de asociaciones y organismos, tanto en nuestro país como en el ámbito internacional, como la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnóstico de Enfermería (AENTDE), el Proyecto para la Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería (NIPE), la Asociación Europea para Diagnósticos, Intervenciones y Resultados de Enfermería Comunes en Europa (Association for Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes-ACENDIO), la Association Francophone Européenne des Diagnostics Interventions Résultats

Infirmiers (AFEDI), el Center for Nursing Classification & Clinical Effectiveness (CNC & CN) o el Nursing Information&Data Set Evaluation Center (NIDSEC).

La actual taxonomía diagnóstica NANDA tiene sus orígenes en 1973. En ese año Gebbie y Lavin (1973) convocan a expertos de Enfermería para identificar, desarrollar y clasificar los problemas de salud de los que se ocupan las enfermeras, tras el reconocimiento oficial de los diagnósticos enfermeros por la ANA (Asociación Americana de Enfermería) que los incluye en los estándares de la práctica enfermera. Dicha reunión, “1ª Conferencia Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería”, es considerada como el origen de la Taxonomía de diagnósticos enfermeros que, en 1982, se constituye como la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). En 1986 se aprueba la Taxonomía I, que clasifica las etiquetas diagnósticas en 9 patrones denominados de respuesta humana.

En el 2000 se publica la Taxonomía II que estructura los diagnósticos enfermeros por dominios basados en una adaptación de los patrones funcionales de Marjory Gordon, cambiando su denominación a NANDA Internacional (NANDA-I) en el año 2002.

En la actualidad la edición vigente en castellano es NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2012-2014⁶⁵, contiene 217 diagnósticos y está traducida a 14 idiomas. En su idioma de origen, el inglés, ya está publicada la edición 2015-2017.

NANDA-I es compatible con ISO, está registrada en HL7 (Health Level Seven), estándar informático para el cuidado de la salud, (www.hl7.org), disponible en SNOMED CT, (www.snomed.org) es compatible con UMLS (Unified Medical Language System), cumple con las recomendaciones de la National Library of Medicine (NLM) (www.nlm.nih.gov/research/umls/umls-main.html) y reconocida como terminología por la ANA. Colabora con sociedades de terminología enfermera

en todo el mundo, como la Japanese Society of Nursing Diagnosis (JSND), con ACENDIO, la AENTDE y la AFEDI.

Algunas terminologías desarrolladas a partir de la NANDA, están relacionadas con las distintas fases del proceso enfermero y con la necesidad del registro de la práctica profesional en los SIS. Es el caso de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (Nursing Intervention Classification) y de la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (Nursing Outcomes Classification).

La NIC pretende abarcar todas las intervenciones enfermeras de los ámbitos generalista y de especialidad. Define una intervención enfermera como *“todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente”*. Incluye todo tipo de cuidado enfermero, ya sea independiente o interdisciplinar. Cada intervención contiene un número de actividades que conforman en su conjunto el cuidado o tratamiento al que se refiere. Su primera edición se publicó en 1992 y clasificaba 336 intervenciones. Actualmente está en vigor su sexta edición, publicada en 2013, que contiene 550 intervenciones y más de 13000 actividades.⁶⁶

La NOC incluye los criterios de resultado desarrollados para evaluar los efectos de las intervenciones enfermeras. Según la NOC, un *“Resultado dependiente de Enfermería, define el estado general, conducta o percepción del paciente, familia, comunidad en un momento o situación concreta y a lo largo de un continuo, en respuesta a una intervención enfermera”*. Cada uno de los NOC dispone de una serie de indicadores relacionados con la situación a tratar y sobre los que se ha de intervenir, con una escala de medida tipo Lickert, que permiten analizar y mensurar la evolución del estado susceptible de intervención, mediante su evaluación antes, durante y después de la intervención enfermera.

La primera edición se publica en 1997, con 190 resultados. La edición actual es la quinta, publicada en el 2013 y contiene 490 resultados.⁶⁷

Las tres clasificaciones NANDA-I, NOC y NIC, están vinculadas sistemáticamente en la Taxonomía NNN que establece las posibles asociaciones entre el juicio diagnóstico, diagnósticos enfermeros NANDA, y el juicio terapéutico, criterios de resultado NOC e intervenciones NIC. Representa el juicio clínico de los equipos de investigación de la NIC y de la NOC y supone una guía que facilita las decisiones clínicas en las que nunca debe sustituir al juicio clínico del profesional. Su actual edición, publicada en el 2012, se denomina Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y Diagnósticos Médicos: *Soporte para el Razonamiento Crítico y la Calidad de los Cuidados. Como innovación, incluye relaciones de las intervenciones enfermeras con diagnósticos médicos comunes.*⁶⁸

El Sistema Comunitario de Salud Omaha y el Clinical Care Classification (CCC, anteriormente Home Healthcare Classification), son desarrollados por enfermeras americanas de salud comunitaria y responden a la necesidad de un sistema de lenguaje estandarizado acorde con el ámbito de la Atención Primaria y Domiciliaria.³³

El primer Conjunto Mínimo de Datos (Nursing Minimum Data Set - NMDS), representa la primera tentativa de estandarizar los datos esenciales para la práctica de Enfermería. Lo constituye un conjunto mínimo de elementos de información que permite entre otros, la descripción del cuidado enfermero, su comparación en distintos escenarios, mostrar las tendencias del cuidado conforme a los diagnósticos enfermeros o facilitar la toma de decisiones en relación a la gestión o políticas de salud.

La ANA (American Nurse Association), desde 1991, reconoce el NMDS como el conjunto mínimo de datos que deben contener los documentos de registro del paciente.

El NMDS comprende dieciséis elementos divididos en tres amplias categorías:

- Cuidados de Enfermería: diagnósticos, intervenciones, resultados e intensidad del cuidado
- Datos demográficos relativos al paciente: identificación, fecha de nacimiento, sexo, raza, dirección
- Datos relativos al episodio de salud: entidad, número de asegurado, número de historia del paciente, identificación del profesional, fecha de ingreso, centro, modo de financiación

Los datos del NMDS se consideran esenciales para la generación de conocimiento enfermero y para medir la contribución de Enfermería en el sistema de salud y son considerados fundamentales en el desarrollo de las terminologías y sistemas de información⁶⁹.

El i-NMDS es el conjunto mínimo de datos internacional de Enfermería. Desde el 2007 el CIE (Consejo Internacional de Enfermería) trabaja en su elaboración. Se trata de los datos esenciales mínimos de la prestación de cuidados enfermeros y supone una referencia internacional sobre información de la práctica y los recursos de Enfermería.³³

En España el CMBD de los informes clínicos está regulado por el RD 1093/2010 de 3 de septiembre.⁵

En 1989, el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), promueve un proyecto para desarrollar una Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (CIPE). La CIPE pretende ser un “marco unificador” (CIE, 1996), que contiene todos los términos necesarios para expresar la práctica profesional en todos los aspectos y en todos los contextos.

La primera versión denominada alfa (1996), contenía una clasificación de Fenómenos y una de Intervenciones de Enfermería. Posteriormente se publica la versión beta, en dos ediciones beta 1 y beta 2 (1999/2001).

El desarrollo de la CIPE discurre en paralelo a los cambios en el campo de la salud, la práctica de Enfermería y los roles enfermeros.

En 2005 se publica la versión 1, que se define como un sistema unificado de lenguaje que permite describir la práctica de Enfermería, así como su comparación con otros sistemas de clasificación de lenguaje enfermero, en distintos entornos clínicos, poblaciones, zonas geográficas o a lo largo del tiempo. Con respecto a las anteriores, unifica el modelo de siete ejes para el enunciado de diagnósticos, resultados e intervenciones. Con el lanzamiento de esta versión se inicia el desarrollo de catálogos que contienen el juicio clínico enfermero (diagnósticos, resultados e intervenciones), de áreas o problemas concretos. En 2008, se publica la versión 1.1 y en 2009, la versión 2.

El CIE, en el programa de desarrollo de la CIPE, regula su evaluación periódica así como las traducciones en distintos idiomas, a través de protocolos normalizados.

Recientemente se ha publicado la edición 2015 de la versión 2.0, presentada en la Conferencia del CIE en Seul. La CIPE es un sistema de lenguaje unificado (SLU), aceptada como clasificación internacional por la OMS y reconocida como terminología por la ANA, incluida en el Sistema de Lenguaje Médico Unificado UMLS (Unified Medical Language System) de la de la National Library of Medicine (NLM), es compatible con ISO y dispone de tablas de equivalencias publicadas con SNOMED CT.^{70, 71, 72, 73}

La CIPE, se relaciona con la IHTSDO (International Health Terminology Standards Development Organization), <http://www.ihtsdo.org/about-ihtsdo/> ,con la International Classification of Functioning, Disability and Health (WHO ICF) <http://www.who.int/classifications/icf/en> y facilita los mapeos, con el resto de lenguajes enfermeros reconocidos por la ANA <http://www.nursingworld.org/npii/terminologies.htm>.⁷⁴

| TERMINOLOGÍA ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA | AÑO DE INICIO | PROBLEMAS | RESULTADOS | INTERVENCIONES |
|--|---------------|-----------|------------|----------------|
| NANDA-I+ | 1992 | X | | |
| NOC+ | 1997 | | X | |
| NIC+ | 1992 | | | X |
| ICNP | 2000 | X | X | X |
| OMAHA Sys | 1992 | X | X | X |
| CCC/HHCC | 1992 | X | X | X |
| PNDS | 1999 | X | X | X |

Fig. 18. Lenguajes estandarizados reconocidos por la ANA

En definitiva, la Asociación Americana de Enfermería (ANA - American Nurses Association), reconoce tres conjuntos de datos enfermeros (Nursing Minimum Data Set, Nursing Management Minimum Data Set y Perioperative Nursing Data Set) y un total de nueve vocabularios controlados, seis lenguajes enfermeros y tres multidisciplinares. Los específicos de la disciplina enfermera son la taxonomía NANDA_I, el sistema OMAHA, las clasificaciones NIC y NOC, la Clinical Care Classification (CCC) y la Clasificación Internacional de la Práctica Enfermera (CIPE). En cuanto a los multidisciplinares SNOMED_CT y el

sistema Logical Observation Identifier Names and Codes (LOINC). El último tiene una orientación mutidisciplinar a efectos de facturación de servicios de terapias complementarias: el sistema ABC Coding.³²

TERMINOLOGÍAS Y SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN UTILIZADOS EN LAS ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

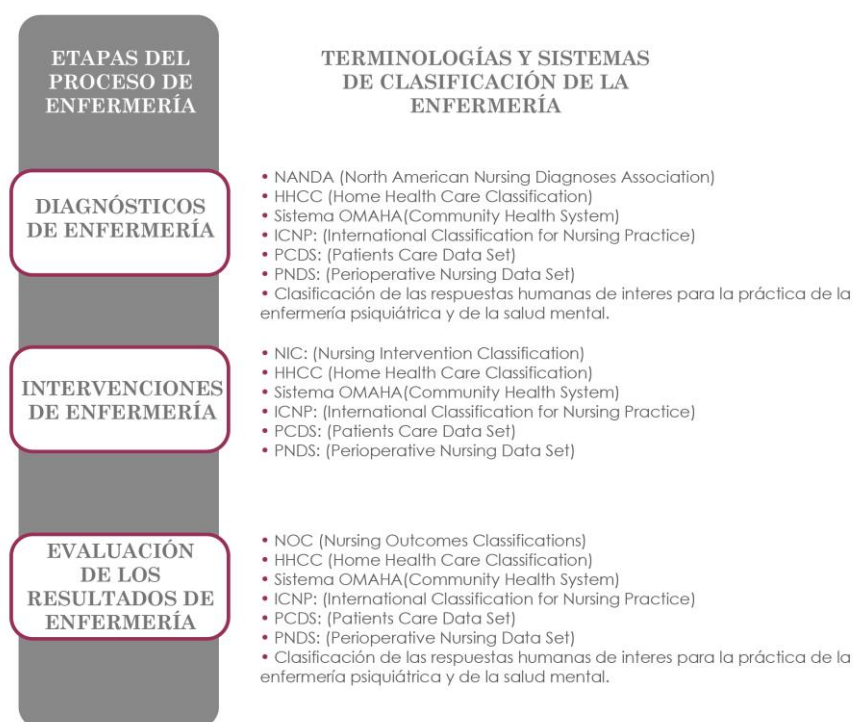


Fig. 19. Lenguajes Estandarizados y su aplicación en las etapas del Proceso Enfermero

Como ya se ha visto, SNOMED CT es una terminología clínica que permite la integración de datos de distintos lenguajes controlados, de diversas disciplinas y especialidades clínicas. Se prevé, según la literatura revisada, que sea la terminología general para los registros electrónicos de salud. En 2006 SNOMED y el CIE (Consejo Internacional de Enfermería) establecen una alianza para la integración de la CIPE (Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería) en SNOMED lo que permitirá los mapeos de los conceptos CIPE con ésta y otras terminologías incluidas en el sistema como NANDA-I.⁶⁹

El CIE y la Organización Internacional para el desarrollo de normas de terminología de la salud (IHTSDO), publican la tabla de equivalencias de los diagnósticos enfermeros CIPE y SNOMED CT, como instrumento de traducción de los datos codificados CIPE en el formato SNOMED, con vistas a su utilización en un historial multidisciplinar. Estos dos organismos tienen como objetivo promover la armonización terminológica y favorecer la interoperabilidad semántica.⁷⁵

La ISO en el año 2003, elaboró el Modelo de Terminología de Referencia para Enfermería denominado ISO 18104 a través de la Asociación Informática de Enfermería de Informática Médica Internacional (IMIANISIG) y el Consejo Internacional de Enfermería (International Council of Nursis - ICN). La ISO 1804:2003, es un marco de referencia para la representación de diagnósticos e intervenciones, para su inclusión en sistemas informáticos y para facilitar la armonización entre los distintos lenguajes normalizados permitiendo el mapeo entre distintas taxonomías de Enfermería y con otros sistemas de lenguaje del ámbito de la salud, con la finalidad de promover la interoperabilidad semántica. Establece criterios de evaluación que proporcionan evidencias sobre la propia estandarización⁷⁶.

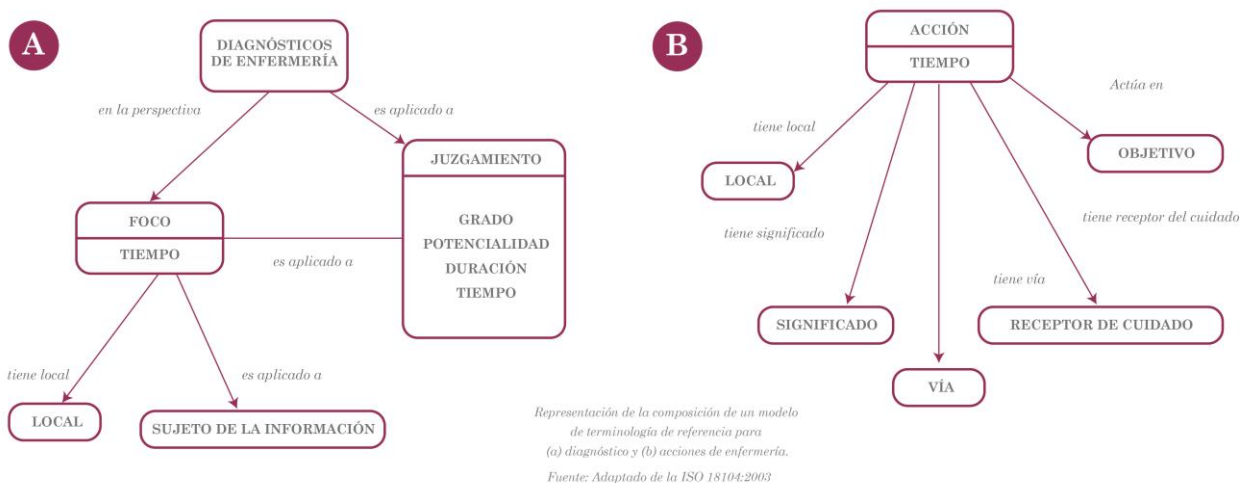


Figura 20. Modelo de Terminología de referencia para diagnósticos y acciones

Tanto la CIPE versión 2 como la NANDA desde su edición 2009-2011, han sido desarrolladas conforme a la norma ISO 1804:2003.

Según distintos estudios de revisión de la literatura publicada sobre la utilización de los lenguajes enfermeros estandarizados, los más utilizados en el ámbito internacional son la NANDA, NOC, NIC y CIPE.

Couto Carvalho et al. (2011), realizan una revisión para conocer los principales lenguajes estandarizados del ámbito de la salud y, concretamente en Enfermería. Las bases de datos utilizadas fueron MEDLINE, CINAHL y SCIELO. Estos autores concluyen que en el campo de la salud la más utilizada es SNOMED CT y en cuanto a lenguajes específicamente enfermeros los más utilizados en el país de las autoras, Brasil, e internacionalmente, son NANDA, NOC, NIC y CIPE.⁶⁹

Furuya et al. (2011)⁷⁷, afirman que la utilización de lenguajes estandarizados enfermeros tiene bastante alcance, estando implementados en diversos países. Los artículos seleccionados, en un total de 38, fueron realizados en Brasil, Estados Unidos, Corea, Noruega, Islandia, Suiza, Bélgica, Canada, Paquistán, Tailandia y Taiwan. Correspondiendo el mayor número a Brasil y Estados Unidos, por ese orden, lo que llama la atención de los autores que creían que la motivación por el estudio en este campo sería mayor en América del Norte. Según la revisión realizada en las bases de datos LILACS y PubMed, la utilización de NANDA, NOC y NIC utilizadas sólo o en su conjunto se estima en un 50%, siendo la de la CIPE de un 34%.⁷⁷

Anderson et al. (2009), estudian la difusión de cada uno de los lenguajes enfermeros reconocidos por la ANA. Obtuvieron como resultado de la búsqueda en CINAHL, para su revisión bibliográfica, 1140 referencias de los lenguajes enfermeros utilizados. Estos autores refieren que así como algunos lenguajes como CCC, OMAHA Y PNDS, se mantienen constantes en su

utilización en la última década, CIPE, NIC y NOC, aumentan su presencia en la literatura mientras que NANDA desciende ligeramente, aunque en el caso de NANDA, señalan su incremento como referencia en artículos a propósito de otras taxonomías como NIC y NOC. Con respecto a la expansión, destacan las clasificaciones NIC y CIPE, el resto se han mantenido estables en los últimos 15 años. Las referencias utilizadas abarcan 8 idiomas: inglés, Portugués, Español, Alemán, Italiano, Chino, Japonés y Esloveno. En general las clasificaciones más referenciadas son NANDA, NOC, NIC, (70,1%) ya sea de forma combinada o individual, aunque se incrementa en gran medida cuando se utiliza como NNN. De forma individual, la más difundida es la NANDA, seguida de la NIC. Sin embargo la NOC aparece en un porcentaje inferior a CIPE. En segundo lugar la CIPE (9,82%). El resto de lenguajes enfermeros están por debajo del 6,5%. Estos lenguajes destacan igualmente en cuanto al número de países e idiomas de las publicaciones⁷⁸.

Otro aspecto destacado por varias de estas revisiones es el protagonismo que se observa en la CIPE como elemento de comparación, intercambio o concordancia entre lenguajes enfermeros, compartiendo por este motivo algunas referencias.

La CIPE adquiere un papel importante en las estrategias conducentes a la cohesión e interoperabilidad de los sistemas de lenguaje, que supone en la actualidad un reto y una necesidad para el intercambio de información, debido a las diferencias de lenguaje, terminológicas o como consecuencia del contexto o del ámbito de aplicación. Algunos autores señalan que el incremento de las publicaciones sobre la CIPE sugiere que está en fase de expansión.^{69,78,77}

Con respecto a la valoración y al uso de lenguajes enfermeros estandarizados (LEE), la información obtenida de la revisión de la literatura es variable.

Muller et al. (2006) concluyen, tras realizar una revisión sistemática sobre la utilización de NANDA, NOC y NIC, que, en general, la utilización de diagnósticos mejora la calidad de la documentación enfermera y se aprecia una tendencia de mejora en las intervenciones y los resultados obtenidos, si bien aprecian ciertas deficiencias en cuanto a la precisión diagnóstica, que relacionan con la falta de vinculación de etiqueta, factores y/o características del diagnóstico. Insisten en la necesidad de realizar más estudios en este campo⁷⁹.

En otro estudio en 2007, Muller et al., relacionan la formación en metodología enfermera con la mejora en la precisión diagnóstica y su repercusión en la calidad de la documentación y en los resultados de los pacientes.⁸⁰ En 2009, la misma autora principal, afirma que la utilización de éstos lenguajes mejora significativamente la calidad de la documentación de Enfermería.⁸¹

Furuya et al.⁷⁷ en su estudio del 2011, analiza las repercusiones de la utilización de distintos lenguajes enfermeros, en distintos países y en varios ámbitos asistenciales concluyendo que, en general, mostraron beneficios en la asistencia, con mejora de la calidad del cuidado, de la comunicación y de la gestión de los servicios. Con respecto a los diferentes lenguajes, una dificultad mencionada fue la falta de familiaridad con las nomenclaturas. En este estudio se afirma que los profesionales de Enfermería consideran el lenguaje CIPE “fácil y acorde con la realidad de la práctica”.⁷⁷

Silva et al.(2014) realizan una revisión de la literatura de un periodo de diez años (2000-2010), sobre el estado de la investigación en Brasil, en el ámbito asistencial y la utilización de los sistemas de clasificación NANDA, NOC, NIC y CIPE, utilizando la base de datos SCIELO para la búsqueda. En este estudio describen un incremento de las publicaciones a partir de 2008. A destacar la dedicación docente de la mayoría de investigadores. La taxonomía más utilizada de diagnósticos enfermeros fue NANDA.⁸²

Tastan et al. (2014), publican los resultados de una revisión sistemática del periodo 1960-2012, con el objetivo de determinar el estado del conocimiento de los LEE reconocidos por la ANA. Obtienen un total de 1257 referencias en las bases de datos CINAHL, PubMed y EMBASE, de las que analizan 312 de 27 países. Entre los motivos de exclusión: idioma (sólo inglés es analizado), falta de evidencia o de identidad del lenguaje estandarizado. Entre sus resultados destacar el incremento de publicaciones de 4 por año entre 1985-1995 a 25 en 2011. En cuanto a la utilización del LEE, en línea con el resto de estudios es la NANDA el más utilizado de forma individual o combinada con NOC y NIC. (72,1%). En este caso el segundo lugar lo ocupa OMAHA (9,6%) y el resto CIPE (7,1), CCC (1,6) y PMDS (1,6), el porcentaje restante no se asocia a ninguna de estas terminologías. Entre los estudios seleccionados los hay con diversos enfoques: análisis de diagnósticos, prevalencia, implementación en los SIS. Aunque hubo estudios de mapeo que comparaban un LEE con otro, no se encontró ninguna evidencia que indique que cualquier LEE sea más eficaz que los otros. Los hallazgos indican que los investigadores deben continuar investigando para promover la mejora continua de los lenguajes y para mejorar aún más la base científica que los sustenta.⁸³

En nuestro país la bibliografía relacionada con las taxonomías enfermeras es bastante abundante si bien su forma de enfocar la problemática difiere de la literatura anteriormente referenciada.

Muchos estudios no están focalizados sólo al lenguaje, sino que analizan o cuestionan el método enfermero y las taxonomías como parte de un todo integrado en una “estación de Enfermería” o “gestor de cuidados”, como a veces se denominan los SIS, en su aplicación enfermera. Lo que sí es evidente es la prevalencia de NANDA, NOC y NIC, como lenguajes estandarizados e incluso su integración en los sistemas informáticos más utilizados en la práctica profesional.^{84, 33} También lo es en su utilización como terminología clínica en la elaboración de documentos normativos como planes de cuidados, guías de práctica clínica, procedimientos o en su vinculación con la evidencia científica enfermera o los resultados sensibles al cuidado enfermero conseguidos.^{85, 86, 87}

Actualmente es una realidad su integración en el ámbito de la formación, tanto académica como continuada. Ya sea de forma específica en el contexto del estudio de la metodología enfermera, como en el fundamento y desarrollo de otros campos clínicos profesionales. Por ejemplo, su integración en los planes de estudio de Enfermería^{88,89} o la formación continuada que exige la utilización de las taxonomías en los SIS.

Sin embargo, dejando a un lado los planteamientos relacionados con la pertinencia del diagnóstico enfermero en general o de aquellos diagnósticos que a decir de algunos “pecan” de biomédicos, en particular, o a la disociación que algunos argumentan entre teoría y práctica, intentaremos centrarnos en las cuestiones relativas al lenguaje, a los términos que representan el conocimiento enfermero y, consecuentemente, el juicio clínico profesional.

Según la literatura consultada, son numerosas las opiniones de los profesionales a este respecto:

- *“no se considera un lenguaje vivo si no académico”⁹⁰*

- *“Trabajamos en la propia práctica asistencial con LEE muy desconectados de lo que es la realidad diaria. A veces poco tiene que ver el diagnóstico enfermero con la realidad del*

paciente y esto también a veces poco tiene que ver con lo que reflejamos en los comentarios de enfermería”⁵⁵

- “Dificultad de manejo de lenguajes más rígidos y menos ricos que el lenguaje natural, lo cual dificulta su uso cotidiano por los profesionales dada la dificultad de comprensión, incluso de interpretación”⁹¹

- “Existe una distancia en la teoría del lenguaje y su aplicación en la clínica. Las enfermeras refieren sentir una imposición conceptual de un determinado lenguaje”⁹².

En cuanto a las dificultades observadas, los autores se refieren a la “rigidez” de los términos utilizados por estas clasificaciones que, muchas veces no permite matizar lo que, en ocasiones, pudiera ser sustancial. También aluden a la diferencia entre las expresiones naturales, cotidianas y los términos que contemplan estos lenguajes unificados, o a la complejidad de la comunicación utilizando términos que pueden variar en función del contexto o de las acepciones del lenguaje de procedencia. En este sentido se contemplan dos aspectos diferentes, por una parte la dificultad de comprensión e interpretación y por otra la adaptación al contexto, no siempre fácil al ser traducciones del inglés.

Los estudios sobre las expresiones utilizadas por los profesionales de forma espontánea o natural son más escasos. Encontramos algún trabajo, que, partiendo del lenguaje no consensuado de forma tácita, trata de estudiar estas expresiones e inducir terminología profesional enfermera, en forma de diagnósticos, a partir de los registros contenidos en los documentos de enfermería. En este caso, se obtienen algunos resultados que sugieren una cierta aproximación del lenguaje natural al lenguaje profesional estandarizado de Enfermería.^{93, 94, 95, 53}

En el ámbito internacional son más frecuentes este tipo de trabajos, estando un buen número de ellos orientados al estudio de la comparación, mapeo o concordancia de los términos utilizados en la práctica con la

denominada Taxonomía de la Práctica Enfermera (NANDA-NOC-NIC), con el sistema unificado de lenguaje CIPE, entre ambos y/o con otros. Estos estudios aportan porcentajes significativos de correlación de las taxonomías entre sí, con el lenguaje natural y otros vocabularios controlados, teniendo como objetivo la armonización entre lenguajes para facilitar la interoperabilidad semántica. Casi todos ellos utilizan como fuente de datos los documentos o registros de Enfermería, ya sea en formato escrito o electrónico.^{59,96,97,98}

Las dificultades en la interpretación y aplicación de las terminologías clínicas a las que ya nos hemos referido han propiciado el estudio de terminologías de interfase o interfaz que, como ya se ha dicho son las que están diseñadas para introducir los datos en el punto de atención. De los lenguajes estandarizados reconocidos por la ANA, cuatro son terminologías de interfaz que se pueden utilizar para describir las actividades de enfermería, incluyendo la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), Clasificación Internacional de la Práctica de Enfermería (CIPE), Clasificación de Atención Clínica (CCC), y el Sistema Omaha⁹⁹.

Juvé i Udina (2012)³², en su tesis doctoral, desarrolla el proceso de evaluación de una terminología de interfase, la terminología ATIC (*Arquitectura, Terminologia, Informació, Interfase, Infermeria i Coneixement*). Hasta ahora los vocabularios controlados en el ámbito de las ciencias de la salud se han considerado más como de referencia que de interfase, sin embargo estos últimos son elementos clave para la implantación de los SIS, ya que son un puente entre el lenguaje natural de los profesionales y el necesario para el tratamiento de los datos en el sistema de información.

La terminología ATIC, proporciona un lenguaje con términos consensuados por profesionales del entorno clínico. Esta terminología se está utilizando actualmente en 11 hospitales públicos de Cataluña.³²

1.4.4 Lenguaje estandarizado del Diagnóstico enfermero

Como ya se ha dicho al comienzo de éste capítulo, consideramos el origen de los lenguajes enfermeros asociado a la necesidad de definición de los fenómenos propios de la disciplina, para su identificación, denominación, interpretación y explicación en el contexto de los cuidados de Enfermería.

Son múltiples las definiciones del Diagnóstico de Enfermería.

Abdellah (1957), *"La delimitación de la naturaleza y amplitud de los problemas de enfermería presentados por los pacientes y familiares que reciben unos cuidados de enfermería"*.

Durand y Prince (1966), *"La exposición de una conclusión obtenida del estudio de una muestra procedente de una investigación del paciente por parte de la enfermera"*.

Gebbie y Lavin (1975), *"Juicio o conclusión que suceden como resultado de una valoración de enfermería"*.

Gordon (1976), *"Problemas potenciales o reales de la salud tratados por enfermeras, quienes gracias a su educación y experiencia son capaces y están autorizadas para ello"*.

Moritz, *"Las respuestas a los problemas de salud reales o potenciales que las enfermeras en virtud de su educación y experiencia están capacitadas, autorizadas y legalmente responsabilizadas para tratar"*.

Carpenito (1990), *"Un Diagnóstico de Enfermería es un enunciado que describe la respuesta humana (estado de salud o alteración real o potencial de un patrón de interacción) de un individuo o grupo que la enfermera puede legalmente identificar y para el cual puede disponer las intervenciones de enfermería definitivas para mantener el estado de salud o para reducir, eliminar o prevenir alteraciones"*.

Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnóstico de Enfermería - AENTDE- (2001), *"Un juicio clínico, sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a etapas de la vida / problemas de salud reales o potenciales, que la enfermera identifica, valida y trata de forma independiente"*

NANDA-I (2009), "Un diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre las experiencias/respuestas de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de intervenciones enfermeras destinadas a lograr los resultados de los que es responsable la enfermera"

"Un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico relativo a una respuesta humana a las condiciones de salud / procesos de la vida, o una vulnerabilidad de esa respuesta, de un individuo, familia, grupo o comunidad. Un diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de las intervenciones de Enfermería para lograr los resultados en los que la enfermera tiene la responsabilidad".

(Aprobada en la novena Conferencia NANDA, enmendada en 2009 y 2013.)

La Asociación de Enfermeras Americanas (ANA) en 1980 define la Enfermería asumiendo la idea del diagnóstico: "La enfermería es el diagnóstico y tratamiento de la respuesta humana a los problemas de salud reales o potenciales".

Como conclusión de este apartado podemos afirmar que si bien todas las definiciones hacen énfasis en diferentes aspectos, tienen en común tres elementos básicos sobre el diagnóstico enfermero:

- Es el resultado de una *valoración de Enfermería* y por tanto una función propia
- Las enfermeras están *capacitadas y legalmente habilitadas*, para emitir juicios diagnósticos
- Describe una *respuesta humana*, real o potencial, que se trata mediante cuidados enfermeros

Como afirma Diz,¹⁰⁰ "los profesionales enfermeros basan el desarrollo del proceso diagnóstico en dos actividades esenciales y sucesivas: en la observación y la inferencia"

Para Gordon (1996:19-20) una *Respuesta humana*: son comportamientos observados o afirmaciones verbales. Incluyen la forma en que una persona, familia o comunidad reacciona ante una situación o el significado personal que da a los acontecimientos.

En función de los fenómenos de interés de la Disciplina Enfermera se identifican los diagnósticos enfermeros y éstos como núcleo del proceso, se relacionan con el resto del cuidado planificado.

Teniendo en cuenta este planteamiento focalizaremos nuestra atención en los lenguajes normalizados de diagnósticos enfermeros NANDA-I y CIPE. Tanto uno como otro dispone de clasificaciones de intervenciones y resultados, con lenguajes acordes con la terminología diagnóstica. Sentar las bases de un lenguaje profesional controlado en la denominación y definición diagnóstica es fundamental y dar sentido al conjunto del juicio clínico enfermero.

*Podemos considerar que según la bibliografía consultada, los lenguajes enfermeros más utilizados en la práctica profesional y sobre los que hay un mayor número de publicaciones son la **Taxonomía diagnóstica NANDA** y **La Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería CIPE**.*

*Ambos lenguajes son reconocidos por la ANA, se han desarrollado conforme a la norma **ISO 1804:2003** y están integrados en **SNOMED CT**.*

1. 4.4.1 NANDA Internacional Diagnósticos Enfermeros. Definición y Clasificación. 2012-2014

Hasta el año 2002 NANDA es un acrónimo de *North American Nursing Diagnosis Association*.

A partir de ese año adopta la denominación de NANDA Internacional (NANDA-I), debido a su importante expansión. Actualmente está disponible en inglés, con traducciones al bahasa indonesio, checo, holandés, estonio, francés, alemán, italiano, japonés, coreano, chino ortodoxo, portugués, y español (europeo y latinoamericano).

La taxonomía de diagnósticos NANDA “*es una clasificación ordenada de los núcleos diagnósticos de interés para la disciplina enfermera y sus supuestas relaciones naturales*”.

La edición 2012-2014, se publica en castellano en 2013. Contiene 217 diagnósticos enfermeros.⁶⁵

La Taxonomía II de la NANDA se organiza en tres niveles denominados dominios, clases y diagnósticos enfermeros.

Se considera Dominio “una esfera de actividad, estudio o interés” y clase “una subdivisión de un grupo mayor; una división de personas o cosas por su calidad, rango o grado”¹⁰¹

En total contiene 13 dominios y 47 clases que se estructuran en función del dominio correspondiente al que pertenecen.

Dominios

- 1.-Promoción de la salud
- 2.-Nutrición

- 3.-Eliminación e intercambio
- 4.-Actividad/Reposo
- 5.-Percepción/Cognición
- 6.-Autopercepción
- 7.-Rol/Relaciones
- 8.-Sexualidad
- 9.-Afrontamiento/Tolerancia al estrés
- 10.-Principios Vitales
- 11.-Seguridad/Protección
- 12.-Confort
- 13.-Crecimiento/Desarrollo

Dominios y Clases:

- 1.-Promoción de la salud:
 - 1.1.-Toma de conciencia de la salud
 - 1.2.-Gestión de la salud
- 2.-Nutrición:
 - 2.1.-Ingestión
 - 2.2.-Digestión
 - 2.3.-Absorción
 - 2.4.-Metabolismo
 - 2.5.-Hidratación
- 3.-Eliminación e intercambio:
 - 3.1.-Función urinaria
 - 3.2.-Función gastrointestinal
 - 3.3.-Función tegumentaria
 - 3.4.-Función respiratoria
- 4.-Actividad/Reposo:

- 4.1.-Reposo/sueño
- 4.2.-Actividad/ejercicio
- 4.3.-Equilibrio de la energía
- 4.4.-Respuestas cardiovasculares/respiratorias
- 4.5.-Autocuidado
- 5.-Percepción/Cognición:
 - 5.1.-Atención
 - 5.2.-Orientación
 - 5.3.-Sensación/percepción
 - 5.4.-Cognición
 - 5.5.-Comunicación
- 6.-Autopercepción:
 - 6.1.-Autoconcepto
 - 6.2.-Autoestima
 - 6.3.-Imagen corporal
- 7.-Rol/Relaciones:
 - 7.1.-Roles de cuidador
 - 7.2.-Relaciones familiares
 - 7.3.-Desempeño del rol
- 8.-Sexualidad:
 - 8.1.-Identidad sexual
 - 8.2.-Función sexual
 - 8.3.-Reproducción
- 9.-Afrontamiento/Tolerancia al estrés:
 - 9.1.-Respuesta postraumática
 - 9.2.-Respuestas de afrontamiento
 - 9.3.-Estrés neuro-comportamental
- 10.-Principios vitales:
 - 10.1.-Valores
 - 10.2.-Creencias
 - 10.3.-Congruencias entre valores/creencias/acciones

11.-Seguridad/Protección:

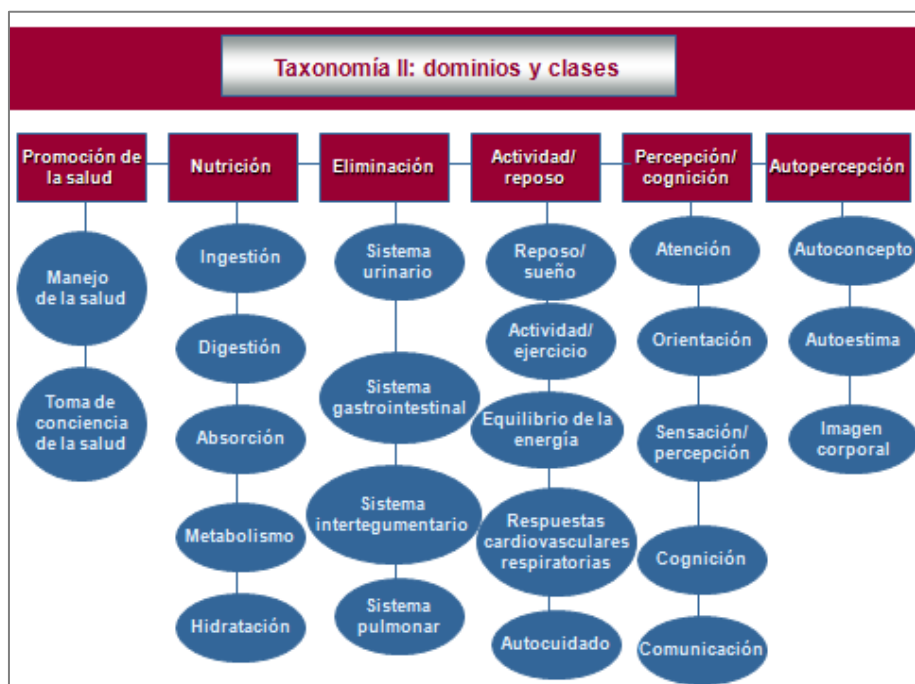
- 11.1.-Infección
- 11.2.-Lesión física
- 11.3.-Violencia
- 11.4.-Peligros del entorno
- 11.5.-Procesos defensivos
- 11.6.-Termorregulación

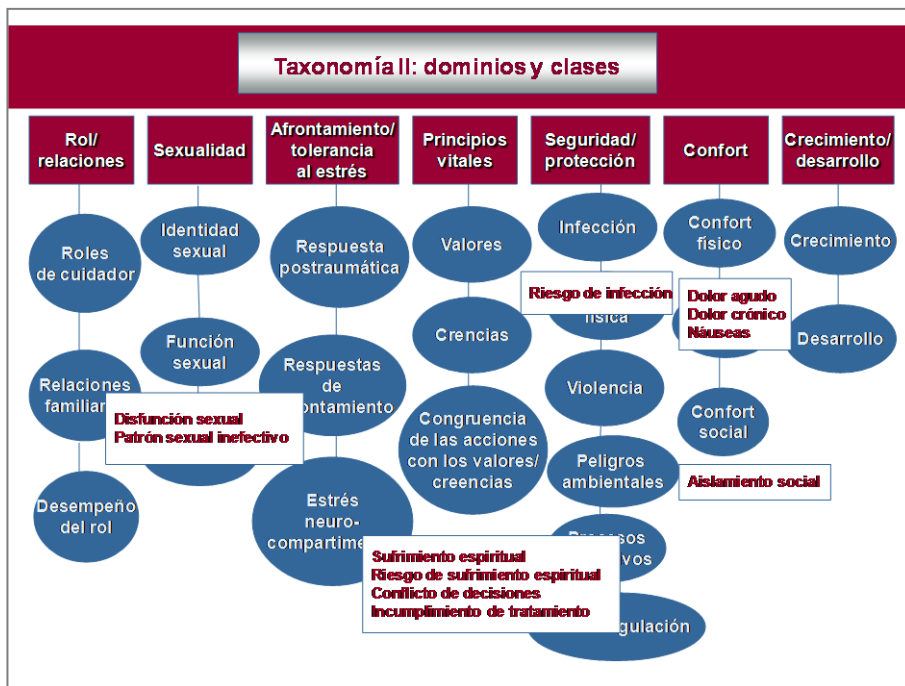
12.-Confort:

- 12.1.-Confort físico
- 12.2.-Confort del entorno
- 12.3.-Confort social

13.-Crecimiento/Desarrollo:

- 13.1.-Crecimiento
- 13.2.-Desarrollo





Lo

s diagnósticos de NANDA-I, se construyen mediante un sistema multiaxial.

En el contexto de la NANDA, un eje es una dimensión de la respuesta humana.

Los componentes se combinan para construir el diagnóstico de forma coherente a la norma ISO1804 de referencia.

La estructura multiaxial la conforman siete ejes:

Eje 1. **Núcleo diagnóstico:** término que expresa el elemento principal del juicio clínico, la raíz del concepto diagnóstico. Describe la respuesta humana. Puede constar de una o varias palabras. Ejemplo: dolor, incontinencia urinaria.

Eje 2. **Sujeto diagnóstico:** persona o entidad para la que se formula un diagnóstico. Por defecto se considera el individuo. Los valores son persona, familia, grupo o comunidad.

Eje 3. **Juicio:** descriptor o modificador del significado del núcleo diagnóstico. Por ejemplo: deteriorado, ineficaz, comprometido...

Eje 4. **Localización:** describe las partes o regiones corporales (vesical, oral, táctil...)

Eje 5. **Edad:** de la persona sujeto del diagnóstico (adolescente, niño, adulto...)

Eje 6. **Tiempo:** duración del núcleo diagnóstico (crónico, agudo, intermitente...)

Eje 7. **Estado** del diagnóstico: existencia o potencialidad (real, de riesgo, de promoción de la salud, etc.)

Un diagnóstico se construye combinando los valores del eje 1 y 2, 3 cuando sea necesario. El resto de ejes se utilizarán si es relevante o para aclarar o especificar



Figura 20. Modelo para diagnósticos

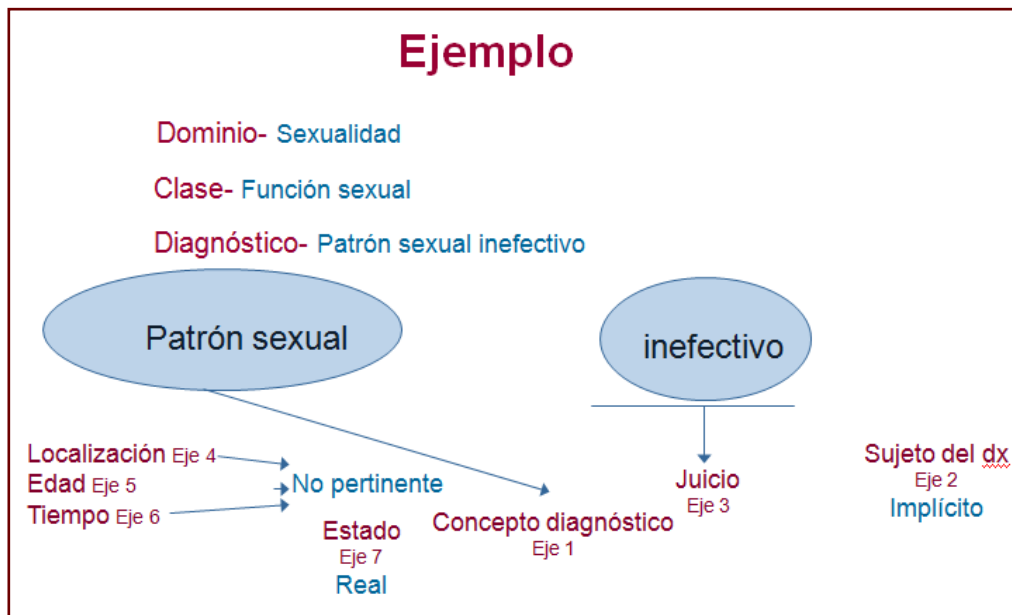


Figura 21. Aplicación del modelo para diagnósticos (ISO 18104:2003)

Componentes de un diagnóstico enfermero

- Etiqueta diagnóstica o título

Proporciona un nombre al diagnóstico que incluye como mínimo, el núcleo diagnóstico (eje 1) y el juicio (eje 3). Es un término o frase concisa que representa un patrón de claves relacionadas. Puede incluir modificadores.

- Definición

Proporciona una descripción clara y precisa; delinea su significado y ayuda a diferenciarlo de diagnósticos similares.

- Características definitorias

Indicios o inferencias observables que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico real o de promoción de la salud

- Factores relacionados o de riesgo

Factores que parecen mostrar algún tipo de patrón de relación con el diagnóstico enfermero. Pueden describirse como antecedentes a, asociados con, relacionados con, contribuyentes a, o adyuvantes al

diagnóstico. Sólo los diagnósticos enfermeros reales y síndromes tienen factores relacionados.

Tipos de Diagnósticos:

- Diagnóstico **Real**: Describe respuestas humanas a condiciones de salud/procesos vitales que **existen** en una persona, familia, grupo o comunidad. Lo integran factores relacionados y características definitorias

Déficit de autocuidado: vestido

- Diagnóstico de **Riesgo**: Describe respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que tienen una alta probabilidad de desarrollarse en un individuo, familia o comunidad vulnerables. Está apoyado por factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad

Riesgo de Infección

- Diagnóstico de **Promoción de la salud**: Juicio clínico sobre las motivaciones y deseos de una persona de aumentar su bienestar y su potencial de salud. Tiene como requisito la presencia de características definitorias, de manifestaciones de disposición para mejorar conductas de salud

Disposición para mejorar el sueño

- **Síndrome**: Describe una agrupación específica de diagnósticos que suceden simultáneamente y se tratan con intervenciones comunes o similares.

Síndrome postraumático (ansiedad, desesperanza, trastorno del sueño)

1.4.4.2 *Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería.* *CIPE/ ICNP®*

Una de las iniciativas del Consejo Internacional de Enfermería (CIE) es el desarrollo de una Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería/CIPE (International Classification Nursing Practice ICNP®), que pueda utilizarse en todo el mundo, en la asistencia, la formación la investigación y la gestión.

La CIPE es un sistema de lenguaje unificado, una terminología compuesta, que tiene por objeto representar los diagnósticos, las intervenciones y los resultados de enfermería. Proporciona un vocabulario estructurado y definido y un marco unificador en el que pueden incorporarse los vocabularios y clasificaciones existentes para poder comparar los datos entre distintas poblaciones clínicas, contextos, zonas geográficas y entornos. Su utilización es amplia y diversa en sistemas informáticos de salud tanto para la elaboración de vocabularios de interfase como de referencia. Se considera un proyecto que contribuirá en gran medida, a describir la práctica y a conocer las tendencias mundiales de los cuidados enfermeros. Actualmente la CIPE se ha traducido a 17 idiomas.

Esta clasificación toma como referencia la definición de Enfermería del CIE:

La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el

fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación. (CIE 2015)

La CIPE se define como una clasificación de Fenómenos, Acciones y Resultados de Enfermería que describen una práctica profesional, dinámica y en continua evolución.

Se estructura según un sistema multiaxial y jerárquico que permite expresarnos en la práctica clínica combinando conceptos de sus diferentes jerarquías y ejes. Desde su versión 1, utiliza un sistema único de siete ejes. Hasta ese momento se diferenciaban dos sistemas independientes, uno para la formulación de diagnósticos y resultados (Clasificación de fenómenos) y otro para las intervenciones (Clasificación de acciones).

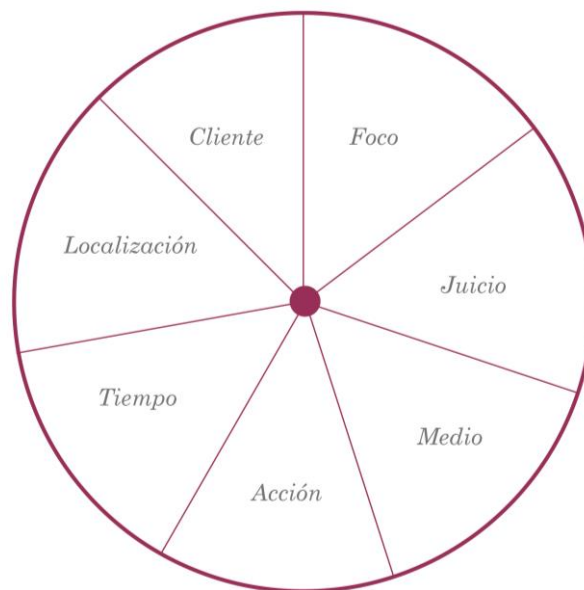


Figura 22. Ejes de la CIPE (Adaptado de CIPE. V. 2)

Descripción de los Ejes:

- 1.- **Foco:** Área de atención de la práctica profesional de Enfermería (dolor, esperanza de vida, eliminación...)
- 2.- **Juicio:** Opinión clínica relacionada con el foco de la práctica (riesgo, mejorado, anormal...)
- 3.- **Medios:** Entidad empleada. Incluye instrumentos (Vendajes..) y servicios definidos como un trabajo específico o plan usado al realizar una acción de enfermería (Técnicas de control de la micción, Servicios a domicilio....)
- 4.- **Acción:** Proceso intencional aplicado o realizado (educar, administrar, monitorizar...)
- 5.- **Tiempo:** Momento, periodo, instante, intervalo o duración (al ingreso, agudo, crónico...)
- 6.- **Localización:** Orientación anatómica y espacial de un diagnóstico o intervención. Abarca los Lugares del cuerpo (Cabeza, Brazo....) y los Sitios (Hogar, Vecindad, Sitio de trabajo....).
- 7.- **Cliente:** Sujeto al que se refiere un diagnóstico o que es el receptor de una intervención (recién nacido, cuidador, familia, comunidad...)

Directrices para componer un **diagnóstico o resultado** de Enfermería CIPE:

Un diagnóstico o resultado, debe incluir, al menos:

- 1.- Un término del Eje Foco
- .- Un término del Eje Juicio
- 3.- Podrá incluir otros términos de ejes adicionales, según sea necesario, para especificar el diagnóstico o resultado

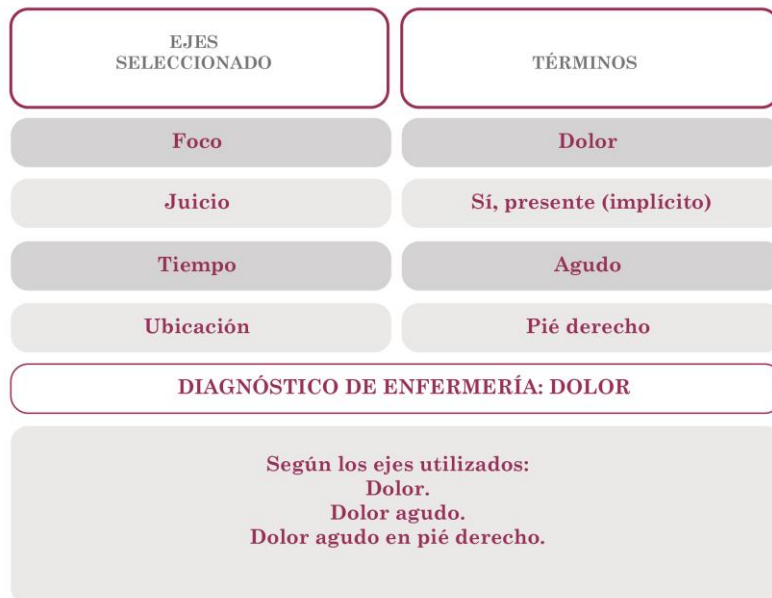
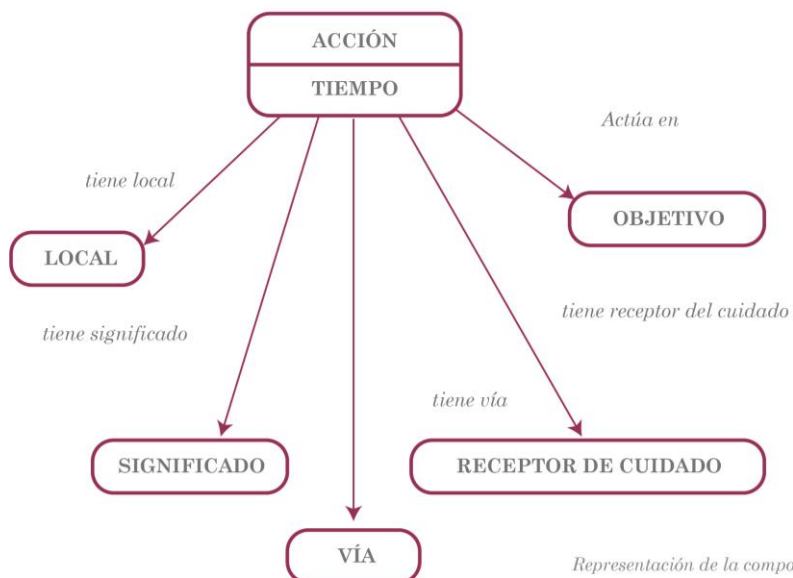


Figura 23. Ejemplo Diagnóstico según modelo ISO



Representación de la composición de un modelo de terminología de referencia para (a) diagnóstico y (b) acciones de enfermería.
 Fuente: Adaptado de la ISO 18104:2003

Figura 24. Modelo para acciones de Enfermería (ISO 18104:2003)

Directrices para componer una **Intervención** de Enfermería CIPE.

Toda **intervención** debe incluir:

- 1.-Un término del eje Acción
- 2.-Un término relacionado con el objeto de la acción de cualquier eje excepto del juicio

Los términos de otros ejes son optativos para ampliar o especificar la intervención.

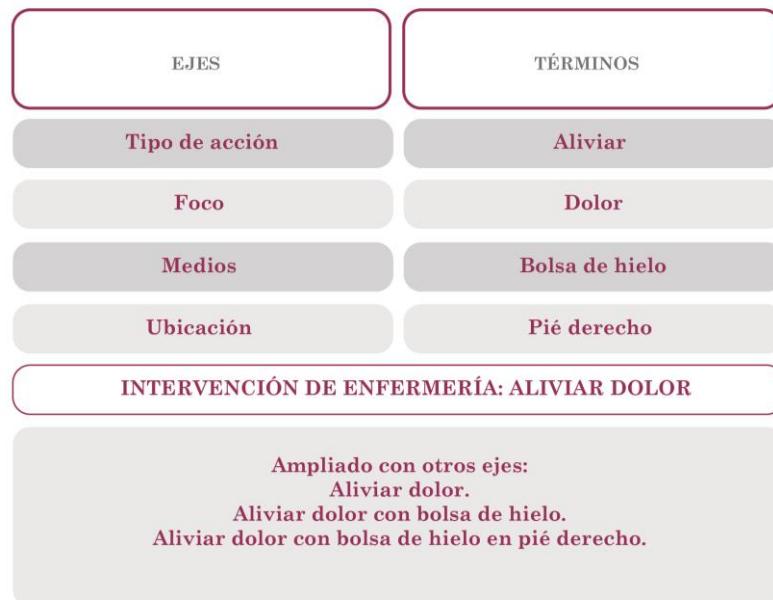


Figura 25. Ejemplo Acción CIPE, según Modelo ISO

Resultados de Enfermería CIPE

Como medida o situación de un diagnóstico tras una intervención, el resultado se compone de la misma forma que el diagnóstico expresando en ese nuevo enunciado la variación o evolución obtenida.

| <i>Ejes</i> | <i>Términos</i> |
|---|--|
| <i>Foco</i> | <i>Dolor</i> |
| <i>Juicio</i> | <i>Aumentado, disminuido, leve, no</i> |
| <i>Tiempo</i> | <i>Agudo</i> |
| <i>Localización</i> | <i>Pié derecho</i> |
| <i>Resultados del diagnóstico: dolor</i> | |
| <i>Disminución del dolor en pié derecho</i> <i>Dolor leve</i> <i>Dolor intenso</i> <i>Desaparición del dolor</i> | |

Figura 26. Ejemplo Resultado CIPE

Actualmente la CIPE desarrolla catálogos de diagnósticos enfermeros e intervenciones para su utilización y validación en la práctica, así como planes de cuidados sobre situaciones, problemas, o como carteras de servicio de áreas de aplicación.

La CIPE es calificada como un Sistema Unificado de Lenguaje capaz de comunicar y comparar datos a través de sistemas, entre países y en diferentes idiomas.¹⁰²

En la Web del CIE se dispone de gran parte de la información en distintos idiomas además de un navegador que permite explorar los distintos ejes y seleccionar diagnósticos, resultados e intervenciones.

<http://www.icn.ch/what-we-do/icnp-download-redirectio/>

“La mente que se abre a una nueva idea, jamás volverá a su tamaño original”

Albert Einstein

Capítulo 2. Justificación, hipótesis y objetivos

La diversidad de terminologías en Enfermería corresponde con la diversidad de los cuidados enfermeros, contextos y ámbitos de aplicación y, cada uno será de más utilidad que otros en el contexto o para la finalidad que fue estandarizado.

Las terminologías clínicas abarcan, o intentan abarcar casi todo el espectro del cuidado enfermero, si nos referimos a Enfermería, o de la salud en general si el sistema de lenguaje es multidisciplinar, sin embargo un vocabulario normalizado debe satisfacer las necesidades concretas y específicas de un área determinada, que puede tener connotaciones especiales o distintas acepciones con respecto a otras terminologías o a otros profesionales de otras especialidades o ámbitos de la asistencia. Si las necesidades no son las mismas, difícilmente podremos utilizar todos lo mismo y es costoso, poco operativo y nada funcional el tener que realizar una selección de aquello que precisamos, máxime cuando a veces, ni siquiera lo entendemos, debido a la terminología, acepciones o traducciones, muchas veces literales, que se utilizan de forma estandarizada.

La NANDA y la CIPE, como se ha visto, son en general los dos lenguajes más utilizados, sin embargo hay diferencias sustanciales entre ellos. El desarrollo de la NANDA, desde una perspectiva conceptual, hoy en día, es mucho mayor, hasta el punto que supone una base de conocimientos reconocida para el estudio y manejo de los diagnósticos competencia de Enfermería. En cambio la CIPE ofrece un lenguaje mucho más rico en acepciones y formas de expresión al tiempo que permite el enunciado del

diagnóstico de forma más ajustada, precisa y apropiada, desde un punto de vista lingüístico.

Ambos en su estructura y categorías de clasificación, han sufrido una aproximación importante en los últimos años. El sistema de ejes de la Taxonomía II NANDA es tan similar al que ya utilizaba la CIPE, que algunos ya lo hemos interpretado como un intento de trabajar en el consenso, en el mismo camino.

Del otro lado algo similar podríamos decir de la CIPE. Los esfuerzos por desarrollar catálogos, grupos o conjuntos de diagnósticos, resultados e intervenciones, intentan facilitar su uso con un núcleo estándar que facilite su correlación con otros lenguajes. Y tras el resultado de ese intento, somos capaces de reconocer algunos diagnósticos NANDA, fundamentalmente en su etiqueta y/o definición. Tras lo dicho, parece lógico deducir que puede existir un grado de concordancia entre ambos lenguajes que pudiera facilitar su uso de forma combinada.

Aunar la utilización de un lenguaje profesional normalizado e interoperable, que proporcione una base de conocimiento enfermero, con el uso de una terminología acorde con las necesidades de la práctica profesional, comprensible, adaptada al idioma y a los requerimientos terminológicos que implique el campo de acción, es todavía en la mayoría de las ocasiones difícil de conseguir. Sin embargo, la posibilidad que proporcionan los sistemas informáticos de combinar la utilización de lenguajes de interfase, de referencia o de salida, como hemos visto en el desarrollo de éste capítulo, abre una puerta a la armonización de los distintos lenguajes, terminologías, clasificaciones, ontologías, a la conjugación de herramientas que nos conduzcan a un lenguaje profesional preciso, con el que no haya duda en nombrar los fenómenos, que sea pertinente y acorde con el juicio clínico y con los cuidados propios de la competencia enfermera.

Como ya se ha referenciado, aunque el número de investigaciones en este sentido, se ha ido incrementando paulatinamente en los últimos años, continúa siendo necesario seguir trabajando para buscar soluciones que, sin deslumbrarnos, puedan aportar la luz necesaria para dicho fin.

HIPÓTESIS

Los diagnósticos enfermeros NANDA y CIPE disponen del grado de concordancia necesario para ser considerados semánticamente equivalentes.

OBJETIVO GENERAL:

Conocer el grado de concordancia terminológica entre diagnósticos de la Taxonomía NANDA-I. 2012-2014 y diagnósticos de la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería CIPE V. 2. Rev. 2015.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Determinar la concordancia entre los diagnósticos, teniendo en cuenta etiqueta y definición NANDA, y término y descripción CIPE
2. Establecer el grado de concordancia entre los diagnósticos NANDA-CIPE, total, por pares y por observador, según los parámetros predefinidos:
 1. Total
 2. Similar
 3. Similar ampliada
 4. Similar Concisa
 5. Parcial Término
 6. Parcial Concepto
 7. Parcial
 8. Ninguna
3. Analizar y calificar la concordancia inter-observador por pares

4. Conocer los diagnósticos CIPE que resultan equivalentes semánticamente con los diagnósticos NANDA de referencia
5. Clasificar los diagnósticos NANDA/CIPE, según el grado de concordancia
6. Identificar la correlación unívoca y monosémica¹ entre el término y su definición

¹ Las palabras monosémicas mantienen una relación unívoca entre significante y significado, es decir, cada término tiene un solo significado que siempre es el mismo para ese término. Un concepto diagnóstico debe ser único en la terminología fuente y corresponder con un único término Pavel y Nolet, 2001.

Capítulo 3. Metodología

La Terminología es un campo multidisciplinar de la lingüística aplicada que estudia los conceptos y sus representaciones en el lenguaje especializado, entendiendo éste como un sistema de comunicación oral y escrito utilizado por una comunidad de especialistas en un área de conocimiento determinada.

La investigación terminológica es el conjunto de actividades consistentes en la compilación, análisis, síntesis, consignación y tratamiento de información terminológica relativa a uno o más conceptos especializados y sus designaciones (Pavel y Nolet, 2002).¹⁰³

La finalidad de este tipo de investigación es identificar términos que comunican conocimientos especializados, para facilitar la transmisión del conocimiento y validar su uso terminológico.

La “unidad terminológica o término”, es la etiqueta de un concepto en un lenguaje especializado y se caracteriza por su relación unívoca con el concepto especializado que designa. Todos los términos que designan un concepto, en una lengua de especialidad o profesional, deberían mantener una relación monosémica con ese concepto, es decir cada uno de los términos designa únicamente ese concepto, si bien las lenguas de especialidad presentan variantes lingüísticas como la lengua general (sinonimias, jerga técnica, neologismos)

La normalización terminológica llevada a cabo por la ISO 18.104:2003, se refiere a conceptos y vocabularios de lenguas especializadas y está sujeta a procedimientos específicos para el área de referencia.

Cubas et al. (2010)⁷⁶ estiman insuficientes las investigaciones terminológicas relacionadas con dicha normalización asociando este hecho a un estado incipiente del conocimiento en el área.

Entre las investigaciones necesarias se encuentran:

1. El abordaje del estudio de equivalencias semánticas entre los LEE
2. Estudio y correspondencia de términos diferentes de distintos lenguajes. con el mismo concepto o de términos iguales con conceptos diferentes
3. Adaptaciones transculturales entre LEE

Abogan por la pertinencia de abrir líneas de investigación en este campo para facilitar a través de sus hallazgos y del conocimiento que generen, que los sistemas de información heterogéneos se comuniquen, al tiempo que se establece un lenguaje que satisfaga los requerimientos del desempeño profesional.

El análisis de contenido nos permite investigar la naturaleza del discurso. Es el procedimiento por el cual podemos analizar el contexto y materiales de la comunicación.

Krippendorff (1980), define el Análisis de Contenido como “la técnica destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a un contexto”.¹⁰⁴

Es considerado tanto una técnica como un método de investigación, muy útil en el caso de aplicarlo a procesos de comunicación en cualquier forma y en diversos contextos (Hernández et al. 1998). Es objetivo, sistemático, susceptible de cuantificación y aplicable a nivel general.

Sus usos son variados, destacando entre ellos, los afines a esta investigación:

1. “analizar el contenido de las comunicaciones y auditarlo comparándolo con estándares”
2. “describir semejanzas o diferencias en el contenido de la comunicación escrita entre personas, grupos, organizaciones, países”
3. “comparar el contenido de la comunicación por medio de la investigación, de los medios y los niveles utilizados”

Además de otros requisitos comunes a otros tipos de investigación científica como la identificación de la población o la selección de la muestra, cuenta entre sus etapas con la determinación de unidades de análisis y de contexto, construcción de categorías, codificación, cuantificación y análisis de los resultados.

La *población* la constituyen la totalidad de las unidades documentales escritas que son el propósito del estudio. En el caso de acotar una *muestra* se hará en base a los procedimientos de interés habituales: muestreo aleatorio, probabilístico, de conveniencia...

Las *unidades de análisis* las constituyen los segmentos del contenido escrito que se quiere analizar (términos, vocablos, frases), deben poder ser expresadas y organizadas en categorías.

Las *unidades de contexto* se definen según criterios o características relacionadas con el texto y las unidades de análisis en función del planteamiento de la investigación.

Las *categorías* es la forma sistematizada de organizar las unidades de análisis conforme a las variables motivo del estudio. Entre otros, deben ser pertinentes, exhaustivas, claras, mutuamente excluyentes.

Unidades de análisis y categorías, a través de la *codificación* se convierten en unidades de registro que se cuantificarán, mediante la asignación de números a las variables, para proceder a su *análisis* cuantitativo o cualitativo, en función del interés del estudio.¹⁰⁵

3.2 Correspondencia cruzada o mapeo cruzado (Cross-mapping)

La técnica de **correspondencia cruzada o mapeo cruzado** es utilizada frecuentemente en el campo de la terminología.

Consiste en relacionar términos con igual o semejante significado, para identificar similitudes o relaciones en las distintas formas de expresión o de conceptualización, en un contexto profesional.

Permite el análisis de la equivalencia o correspondencia, del término y su descripción o definición conceptual, de forma manual, con validación de expertos, o semiautomática a través de sistemas y recursos electrónicos² relacionados con los lenguajes estandarizados y la interoperabilidad semántica.

Las reglas para la realización del **mapeo o correspondencia cruzada** serán determinadas como parte del diseño del estudio, con base en las características de las estructuras y de los términos de los lenguajes estudiados.

² La Biblioteca Nacional de Medicina <http://www.nlm.nih.gov>, es el desarrollador de los servicios electrónicos de información utilizados por los científicos y profesionales de la salud, en todo el mundo. Recientemente (28-08-2015), ha incorporado en su web [Recursos de Enfermería de Normas y la interoperabilidad](#), como respuesta a la [declaración de posición](#) publicado por la American Nurses Association (ANA) sobre el uso de terminologías reconocidas. en la codificación de problemas de enfermería, intervenciones y observaciones (SNOMED CT) y en las evaluaciones y resultados de enfermería (LOINC). La página de recursos ofrece video tutorial que describe cómo utilizar el Unified Medical Language System (UMLS) Metathesaurus Browser para encontrar Conceptos identificadores únicos (Cuis) y sinónimos de nivel de concepto extracto entre SNOMED CT y otras terminologías de enfermería.

En estudios de concordancia con validación de expertos, estas condiciones, en cuanto a su denominación de la correspondencia, son diversas y con distintos niveles de abstracción: presencia, ausencia, total, similar, amplia, concreta, ninguna, ó uno a uno (uno equivale sólo a uno), uno a varios (uno equivale a más de uno), a la inversa, varios a uno o alternativas como pueden ser las sinonímias o polisemías³. Estos conceptos son los términos utilizados para determinar el grado de concordancia (semejanza, igualdad, disparidad) en base a los criterios planteados en el estudio de que se trate. En cualquier caso, constituyen las variables que serán estructuradas en categorías y analizadas por los expertos, una a una y término a término.^{106, 107 ,108}

El mapeo cruzado es una herramienta usada con frecuencia en estudios sobre LEE y sus aplicaciones en los SIS. Los resultados pueden favorecer el uso de dichos lenguajes en diferentes contextos y facilitar la interoperabilidad semántica entre ellos. ^{109, 110, 111, 112, 98}

³ *Sinonimia: Según la RAE, circunstancia de ser sinónimos dos o más vocablos.*

Según Pavel y Nolet, se distingue entre sinónimos absolutos, cuasisinónimos y falsos sinónimos. Mientras que los absolutos designan el mismo concepto y son intercambiables en todos los contextos, los parciales o cuasisinónimos tiene forma diferente, designan el mismo concepto pero no son intercambiables ya que pueden diferir en función del contexto. Los falsos sinónimos o seudosinónimos designan términos diferentes aunque estén muy relacionados.

Polisemia: Relación entre las designaciones y los conceptos en una lengua en la que una designación representa dos o más conceptos. Los neologismos semánticos, con frecuencia resultan en ese tipo de polisemia que se debe evitar.

<http://www.bt-tb.tpsgc-pwgscc.gc.ca/btb-pavel.php?page=chap2-5-5&lang=eng&contlang=spa>

La validez de contenido es un proceso fundamental en el desarrollo de instrumentos de medidas y de los indicadores o ítems que los integran. El juicio de expertos como indicador de la validez de contenido es una práctica generalizada.

En general, indica que los ítems de un instrumento de medición, son relevantes y representativos del constructo para una evaluación determinada. En definitiva nos proporciona la información sobre si un instrumento es válido para medir lo que mide.

El juicio de expertos se define como una opinión informada de personas de reconocida cualificación en el tema de estudio. En función de los autores, se proponen distintos criterios que abarcan condiciones como la formación, experiencia, disponibilidad, publicaciones, imparcialidad...que unos ponderan de una u otra forma. (Summers, Williamson y Read, 2004, citados en Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez, 2008).

En Enfermería algunas revisiones sobre la validez de contenido concluyen que, en lo que respecta a los criterios de selección de los expertos, los más utilizados son los del Modelo de Validación de Fhering (maestría, investigación, publicaciones, doctorado, práctica profesional mínima...), si bien, con frecuencia se adaptan a cada contexto.¹¹³

En cuanto al número aconsejado oscila entre dos y 20. Se considera adecuado un acuerdo de un 80%, aunque se recomienda el más alto nivel (próximo al 100%) si el número de expertos es bajo.

El proceso recomendado para la realización del juicio de expertos incluye:

1. Definir el objetivo del juicio de expertos
2. Selección de los expertos según los criterios determinados
3. Explicitar las dimensiones e indicadores de los ítems de la prueba (relevancia, suficiencia, pertinencia)
4. Especificar el objetivo de la prueba
5. Establecer los pesos diferenciales, si procede
6. Diseño de planillas para la evaluación
7. Cálculo de la concordancia

El Índice de Validez de Contenido (IVC), es muy utilizado en el área de la salud. Mide la proporción de expertos que concuerdan sobre determinados aspectos de los ítems del instrumento. Este método emplea una escala Likert con puntuaciones de uno a cuatro, acompañadas de expresiones que califican el ítem con respecto a lo que se quiere medir (nada, poco, bastante mucho...). Los ítems con puntuaciones 1 o 2 deben ser revisados o eliminados. En el caso de que las diferencias entre puntuaciones sean relevantes, se debe llegar al consenso entre los expertos.¹¹⁴

Como sistema de medida se han utilizado el porcentaje de acuerdo (no incluye el acuerdo esperado por azar), o medidas de correlación que tampoco han demostrado su fiabilidad. El índice de validez de contenido más utilizado es el Índice de kappa o el Coeficiente de concordancia W de Kendall (k rangos, de los ítems). Ambos corrigen el porcentaje de acuerdo debido al azar.

Entre las limitaciones del juicio de expertos figura la complejidad o el nivel de dificultad de la tarea.¹¹⁵

| TABLA 1. Interpretación de los valores del índice kappa (k) | |
|--|------------------------------|
| Valor kappa | Grado de concordancia |
| 0,81-1,00 | Excelente |
| 0,61-0,80 | Bueno |
| 0,41-0,60 | Moderado |
| 0,21-0,40 | Ligero |
| < 0,20 | Malo |

Figura . Valores Índice Kappa (En Sánchez Fernández et al. 2005)¹¹⁶

Investigación de tipo terminológica mediante **estudio descriptivo, transversal, de concordancia o equivalencia semántica**.

Este estudio realiza el análisis de la concordancia entre dos lenguajes estandarizados de diagnósticos de Enfermería, la Taxonomía NANDA-I. 2012-2014, y la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (CIPE) versión 2. Edición 2015, ambos lenguajes normados según la ISO de referencia 18.104:2003.

La comparación se realiza analizando la **equivalencia semántica** de las unidades terminológicas o términos y su concepto, mediante técnicas de **análisis de contenido, validez de contenido, juicio de expertos y mapeo o correspondencia cruzada (Cross-mapping)**.

Población y Muestra

La población son los lenguajes estandarizados de diagnósticos NANDA I. Diagnósticos Enfermeros. 2012-2014 y la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (CIPE).

Tipo de muestreo no probabilístico, de conveniencia.

El corpus a analizar lo constituyen los diagnósticos NANDA correspondientes a los 25 Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) más frecuentes de la Atención Especializada de la Comunidad de Madrid. La muestra incluye **69 diagnósticos** presentes en los Planes de Cuidados Estandarizados (PCE) de dichos GRD, que suponen un 32% de la totalidad de la Taxonomía NANDA-I. 2012-2014.

Criterio de selección de la muestra

De una parte, el sistema de clasificación de pacientes GRD¹¹⁷ basado en los episodios de hospitalización, agrupa pacientes similares tanto en relación a la clínica como al consumo. Es la forma que utiliza la Atención Especializada para definir y medir la complejidad hospitalaria. Desde un punto de vista clínico, dicha complejidad hace referencia a la situación de los pacientes tratados. En cualquier caso son un fiel reflejo de la casuística del centro hospitalario, por tanto un fiel reflejo de la situación de los pacientes. Este sistema de clasificación recoge los datos del CMBD (Conjunto Mínimo de Datos), una vez que el paciente es dado de alta. Como ya se ha visto en la introducción, el informe de continuidad de cuidados, incluye datos obligatorios del CMBD, como los diagnósticos enfermeros NANDA.

De otra parte los Planes de Cuidados Estandarizados son documentos normativos que reflejan la situación y el juicio clínico enfermero (Diagnósticos, Criterios de Resultado e Intervenciones) de un grupo o tipo de paciente con una patología o problema determinado que van a precisar de unos cuidados previsibles para el conjunto de pacientes en esa situación. Son documentos de consenso que aunque han de utilizarse como guía para el tratamiento, no son preceptivos. La individualización de estos cuidados de acuerdo a la situación única y personal de cada uno de ellos es imprescindible, así como el juicio clínico del profesional.

En España, el Proyecto NIPE³¹ (Normalización de Intervenciones para la Práctica de Enfermería), de carácter nacional, patrocinado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, el Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados de Enfermería de España y el Sistema Nacional de Salud, fue desarrollado en la primera década del 2000, elaborando, entre otros, los documentos normativos relacionados con los PCE¹¹⁸, asociados a los GRD, conforme a una metodología enfermera normalizada y nominada con lenguajes enfermeros estandarizados. En el año 2005 se publica un Manual que contiene los Planes de cuidados de los primeros 100 GRD estudiados. Dichos documentos suponen una herramienta

eficaz para conocer los Diagnósticos, Resultados e Intervenciones asociados a cada uno de estos grupos. Por tanto, para conocer los cuidados de Enfermería que presumiblemente van a precisar dichos pacientes.

Este proyecto supuso un referente, un antes y un después, en el desarrollo metodológico del proceso del cuidado enfermero en España. Creo que podemos afirmar que por el número de profesionales e instituciones implicados y por el trabajo realizado, supuso, en muchos casos, un punto de partida en la utilización e implantación de método y lenguaje enfermero en nuestro país.

Aunque en la actualidad existen numerosos documentos relativos a planes de cuidados en la revisión de la literatura, podemos estimar que la mayor referencia validada y consensuada, en lo que a planes de cuidados se refiere, en el ámbito nacional, es la de este proyecto. Consecuentemente, si seleccionamos los diagnósticos de los PCE, relativos a los GRD más frecuentes en un ámbito determinado como la Comunidad de Madrid¹¹⁹, podríamos estimar dichos diagnósticos enfermeros, como los más frecuentes en ese ámbito.

Con el objeto de contrastar la información sobre los diagnósticos enfermeros más frecuentes, se han revisado distintos planes de cuidados además de las Normas NIPE publicadas.

25 PROCESOS MÁS FRECUENTES ATENDIDOS EN HOSPITALIZACIÓN

| GRD | DESCRIPCIÓN | Altas | Peso | Estancia Media |
|--|---|----------------|---------------|----------------|
| 541 | NEUMONÍA SIMPLE Y OTROS TRAST.RESPIRATORIOS EXC. BRONQUITIS & ASMA CON CC MAYOR | 22.504 | 2,2282 | 9,48 |
| 373 | PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIONES | 21.178 | 0,5992 | 2,46 |
| 372 | PARTO VAGINAL CON COMPLICACIONES | 14.408 | 0,6992 | 2,89 |
| 544 | ICC & ARRITMIA CARDIACA CON CC MAYOR | 10.334 | 3,3009 | 9,59 |
| 127 | INSUFICIENCIA CARDIACA & SHOCK | 6.747 | 1,3004 | 7,44 |
| 371 | CESAREA, SIN COMPLICACIONES | 5.879 | 0,8810 | 3,75 |
| 430 | PSICOSIS | 5.607 | 1,3879 | 34,87 |
| 494 | COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SIN EXPLORAC. CONDUCTO BILIAR SIN CC | 5.446 | 1,0934 | 2,16 |
| 209 | SUSTITUCION ARTICULACION MAYOR EXCEPTO CADERA & REEMPLANTE MIEMBRO INFERIOR, EXCEPTO POR CC | 4.889 | 2,7777 | 7,25 |
| 101 | OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO RESPIRATORIO CON CC | 4.617 | 0,9994 | 7,20 |
| 557 | TRASTORNOS HEPATOBILIARES Y DE PANCREAS CON CC MAYOR | 4.418 | 3,8563 | 12,70 |
| 584 | SEPTICEMIA CON CC MAYOR | 4.367 | 4,1633 | 11,42 |
| 569 | TRAST. DE RIÑON & TRACTO URINARIO EXCEPTO INSUFICIENCIA RENAL CON CC MAYOR | 4.257 | 1,7485 | 9,40 |
| 014 | ICTUS CON INFARTO | 3.901 | 1,6748 | 8,77 |
| 089 | NEUMONIA SIMPLE & PLEURITIS EDAD>17 CON CC | 3.887 | 1,1855 | 8,04 |
| 311 | PROCEDIMIENTOS TRANSURETRALES SIN CC | 3.819 | 0,8598 | 2,38 |
| 158 | PROCEDIMIENTOS SOBRE ANO & ENTEROSTOMIA SIN CC | 3.809 | 0,7492 | 1,85 |
| 552 | TRAST. AP. DIGESTIVO EXCEPTO ESOF., GASTROENT. & ULC.NO COMPL. CON CC MAYOR | 3.778 | 3,0609 | 12,41 |
| 818 | SUSTITUCION DE CADERA EXCEPTO POR COMPLICACIONES | 3.734 | 3,1545 | 9,82 |
| 162 | PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA INGUINAL & FEMORAL EDAD>17 SIN CC | 3.715 | 0,8245 | 1,57 |
| 359 | PROC. SOBRE UTERO & ANEJOS POR CA.IN SITU & PROCESO NO MALIGNO SIN CC | 3.655 | 1,0138 | 3,20 |
| 533 | OTROS TRAST. SISTEMA NERVIOSO EXC. AIT, CONVULSIONES & CEFALEA CON CC MAYOR | 3.626 | 4,1604 | 13,83 |
| 073 | OTROS DIAGNOSTICOS DE OIDO, NARIZ, BOCA & GARGANTA EDAD>17 | 3.598 | 0,6975 | 1,47 |
| 087 | EDEMA PULMONAR & INSUFICIENCIA RESPIRATORIA | 3.245 | 1,4160 | 6,82 |
| 320 | INFECCIONES DE RIÑON & TRACTO URINARIO EDAD>17 CON CC | 3.068 | 1,0349 | 7,34 |
| Subtotal 25 PROCESOS más frecuentes | | 158.486 | 1,6930 | 7,47 |
| TOTAL PROCESOS | | 496.681 | 1,9005 | 7,50 |

Fuente: CMED 2013

* GRD: Grupos Relacionados con el Diagnóstico: Sistema de clasificación de pacientes en el que los pacientes de una misma clase consumen una cantidad similar de recursos.
 **Peso: es un Indicador de la complejidad y el consumo de recursos asociado a ella. Si es >1 la casuística es de mayor complejidad media, en términos de coste, que la del estándar. Si es <1 la casuística es de menor complejidad media, en términos de coste, que la del estándar.

Figura 27. - 25 GRD más frecuentes. Comunidad de Madrid (En Memoria anual 2013. Servicio Madrileño de Salud)

| Codigo | DIAGNÓSTICOS NANDA I 2012-2014 |
|---------------|---|
| 00001 | Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades |
| 00002 | Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades |
| 00004 | Riesgo de infección |
| 00005 | Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal |
| 00007 | Hipertermia |
| 00008 | Hipotermia |
| 00011 | Estreñimiento |
| 00013 | Diarrea |
| 00014 | Incontinencia fecal |
| 00015 | Riesgo de estreñimiento |
| 00016 | Deterioro de la eliminación urinaria |
| 00018 | Incontinencia urinaria refleja |
| 00020 | Incontinencia urinaria funcional |
| 00023 | Retención urinaria |
| 00025 | Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos |
| 00026 | Exceso de volumen de líquidos |
| 00028 | Riesgo de déficit de volumen de líquidos |
| 00029 | Disminución del gasto cardíaco |
| 00030 | Deterioro del intercambio de gases |
| 00031 | Limpieza ineficaz de las vías aéreas |
| 00032 | Patrón respiratorio ineficaz |
| 00033 | Deterioro de la respiración espontánea |
| 00035 | Riesgo de lesión |
| 00036 | Riesgo de asfixia |
| 00043 | Protección ineficaz |
| 00045 | Deterioro de la mucosa oral |
| 00046 | Deterioro de la integridad cutánea |
| 00047 | Riesgo de deterioro de la integridad cutánea |
| 00051 | Deterioro de la comunicación verbal |
| 00052 | Deterioro de la interacción social |
| 00053 | Aislamiento social |
| 00059 | Disfunción sexual |
| 00060 | Interrupción de los procesos familiares |
| 00066 | Sufrimiento espiritual |
| 00067 | Riesgo de sufrimiento espiritual |
| 00069 | Afrontamiento ineficaz |

| | |
|-------|--|
| 00078 | Gestión ineficaz de la propia salud |
| 00079 | Incumplimiento |
| 00085 | Deterioro de la movilidad física |
| 00086 | Riesgo de disfunción neurovascular periférica |
| 00092 | Intolerancia a la actividad |
| 00093 | Fatiga |
| 00095 | Insomnio |
| 00096 | Deprivación de sueño |
| 00102 | Déficit de autocuidados: alimentación |
| 00103 | Deterioro de la deglución |
| 00106 | Disposición para mejorar la lactancia materna |
| 00108 | Déficit de autocuidados: baño |
| 00109 | Déficit de autocuidados: vestido |
| 00110 | Déficit de autocuidados: uso del inodoro |
| 00118 | Trastorno de la imagen corporal |
| 00123 | Desatención unilateral |
| 00124 | Desesperanza |
| 00125 | Impotencia |
| 00128 | Confusión aguda |
| 00132 | Dolor agudo |
| 00134 | Nauseas |
| 00136 | Duelo |
| 00138 | Riesgo de violencia dirigida a otros |
| 00139 | Riesgo de automutilación |
| 00140 | Riesgo de violencia autodirigida |
| 00146 | Ansiedad |
| 00148 | Temor |
| 00155 | Riesgo de caídas |
| 00179 | Riesgo de nivel de glucemia inestable |
| 00188 | Tendencias a adoptar conductas de riesgo para la salud |
| 00200 | Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca |
| 00201 | Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz |
| 00203 | Riesgo de perfusión tisular renal ineficaz |

Tabla 1.- Diagnósticos enfermeros NANDA-I. 2012-2014/25 GRD

Análisis de contenido

Para el análisis de contenido se han considerado como:

1. **Unidades de análisis:** Cada uno de los Diagnósticos enfermeros seleccionados NANDA y los correspondientes CIPE, con su denominación y definición
2. **Unidades de contexto:** Concordancia terminológica entre las unidades de análisis
3. **Categorías:** Las categorías son los distintos grados de concordancia terminológica y conceptual establecidos a través de parámetros predefinidos
4. **Codificación y cuantificación:** Se codifican las unidades de análisis en función de la categoría de concordancia correspondiente y cuantifican, fundamentalmente, las frecuencias.

Variables del estudio

Las variables de interés para el estudio son:

Para el índice de validez de contenido del instrumento de medida:

1. Independiente: Expertos
 - a. nivel académico
 - b. experiencia profesional
 - c. ámbito de trabajo
2. Dependientes: ítems de la escala de evaluación del instrumento de medida de la concordancia:
 - a. Suficiencia
 - b. Claridad
 - c. Coherencia
 - d. Relevancia

Para el estudio de Concordancia terminológica:

3. Independiente:

- a. Diagnóstico NANDA (código, etiqueta-definición)
 - b. Expertos
4. Dependientes:
- a. Diagnóstico CIPE (código, término-descripción)
 - b. Concordancia terminológica:
 - i. Total
 - ii. Similar
 - iii. Similar ampliada
 - iv. Similar concisa
 - v. Parcial término
 - vi. Parcial concepto
 - vii. Parcial
 - viii. Ninguna
 - c. Concordancia terminológica agrupada:
 - i. Concordancia: total, similar, similar ampliada y similar concisa
 - ii. Concordancia Parcial: parcial, parcial término y parcial concepto
 - iii. Ninguna concordancia

Mapeo cruzado

Se realiza el análisis de la correspondencia, entre los diagnósticos NANDA seleccionados y su equivalente según el catálogo de diagnósticos del sistema de lenguaje unificado CIPE/ICNP, traducido al español, incluido en la edición 2015 de la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (CIPE).

En este caso, los diagnósticos CIPE ya están enunciados en la correspondiente clasificación del Catálogo Diagnóstico de la versión 2 de la CIPE. Revisión 2015.

Establecemos de esta forma la medida de la concordancia, etiqueta por etiqueta (en CIPE, término), definición por definición (en CIPE, descripción)

Como instrumento de medida se utilizan las distintas categorías en las que se expresa el grado de concordancia. Para ello, tras la consulta de las revisiones de la literatura, a las que se ha aludido en un apartado anterior, y teniendo en cuenta las características del estudio se definen dichas categorías que constituirán el instrumento de medida con que los expertos calificarán el grado de concordancia.

INSTRUMENTO DE MEDIDA

Para analizar la concordancia de la etiqueta diagnóstica/**término** diagnóstico y de la definición/descripción del **concepto** del Catálogo de Diagnósticos CIPE con el diagnóstico NANDA correspondiente, se construyen las siguientes categorías:

- a. **TOTAL:** coincide término y definición.
 - i. La concordancia con la etiqueta del diagnóstico NANDA será total cuando coincida exactamente con el término CIPE
 - ii. Para la concordancia de la definición o descripción conceptual total, será suficiente con que describa la misma situación o estado y/o tenga el mismo sentido
- b. **SIMILAR:** Para la consideración de similar se contemplan varias opciones:
 - i. **SIMILAR:** término sinónimo, misma definición o sentido
 - ii. **SIMILAR AMPLIADA:** término sinónimo más amplio, misma definición o sentido
 - iii. **SIMILAR CONCISA:** término sinónimo más conciso, misma definición o sentido

- c. **PARCIAL:** Para la consideración de parcial se contemplan varias opciones:
- i. **PARCIAL TÉRMINO:** término idéntico o similar pero distinta definición ó sentido
 - ii. **PARCIAL CONCEPTO:** término diferente, misma definición o sentido
 - iii. **PARCIAL:** sólo coincide en parte o de forma vaga e imprecisa con el término o su definición conceptual
- d. **NINGUNA:** No existe concordancia o correlación con ningún diagnóstico CIPE

OTROS CRITERIOS:

- Patrón oro (Gold estándar): El punto de partida es el diagnóstico NANDA, considerado como referencia para la concordancia. Aunque no hay explícitamente consideraciones en la literatura en este sentido, para este estudio se ha considerado ya que la NANDA, además de ser la taxonomía más estudiada, tiene un nivel mayor de desarrollo conceptual en cuanto a la formulación diagnóstica preestablecida. Sin embargo en la CIPE, sus catálogos de diagnósticos pre-coordinados son de reciente integración en el navegador de la clasificación
- La equivalencia terminológica es fundamental en **la etiqueta o término diagnóstico** y determina el grado de concordancia
- La concordancia conceptual se centra en el significado o sentido de la descripción del concepto diagnóstico que deberá ser el mismo, equivalente entre ambas terminologías o al menos tener el mismo sentido. Entendemos que la concordancia en la definición o descripción del concepto, podemos estimarla en general. Mucho más difícil es encontrar una definición que utilice todos y cada uno de las palabras

y/o términos que la integran. A pesar de ello se ha querido tener en cuenta por entender que no basta con el significante. Un diagnóstico no debe ser utilizado sólo por lo que expresa el nombre sino por el concepto que representa

- La concordancia de las categorías similar ampliada, similar concisa o parcial término, se refieren sólo al nombre, etiqueta o término diagnóstico y no, como se explicaba en el punto anterior, al concepto
- A efectos del análisis de la concordancia, se considerará que la concordancia terminológica es adecuada en el caso de las categorías TOTAL Y SIMILAR, imprecisa en la categoría PARCIAL y que no existe concordancia en la categoría NINGUNA

Selección de expertos

Los expertos se seleccionan de acuerdo a criterios de Fehring, y otros (Skjong y Wentworht, Lynn), adaptados al propósito de éste estudio:

Requisitos

1. Máster en Enfermería
2. Tesis doctorales en el área de interés: área de Metodología de la práctica enfermera y taxonomías enfermeras
3. Docentes de Metodología y lenguajes enfermeros, contenidos teóricos y prácticos:
 - a. Tutorización casos clínicos, trabajos fin de grado, de máster, direcciones de tesis
4. Capacitación en el área clínica en el campo de interés del estudio (ámbito asistencial, de gestión y docente/investigación)

5. Experiencia profesional y ámbito

PERFIL DEL GRUPO DE EXPERTOS

El grupo de expertos lo integran dos profesionales del ámbito docente y dos del ámbito asistencial, todos ellos con cualificación y experiencia en metodología de Enfermería y en el estudio y utilización de taxonomías diagnósticas, fundamentalmente NANDA.

En la siguiente tabla se relacionan los criterios que reúnen los expertos seleccionados.

| CRITERIOS | DESCRIPCIÓN | EXPERTOS |
|--|---|-----------------|
| <i>Máster en Enfermería</i> | <i>Investigación en cuidados</i> | 4 |
| <i>Tesis doctorales</i> | <i>Diagnósticos, fenómenos Enfermería</i> | 2 |
| <i>Doctorando</i> | <i>Taxonomías enfermeras</i> | 1 |
| <i>Docentes</i> | <i>Profesores titulares</i> | 2 |
| | <i>Profesores asociados clínicos</i> | 2 |
| <i>Experiencia y cualificación profesional (>5 años)</i> | <i>Ámbito asistencial</i> | 4 |
| | <i>Ámbito docente/investigación</i> | 4 |
| | <i>Gestión</i> | 2 |
| <i>Trabajo principal profesional actual</i> | <i>Asistencial (hospitales)</i> | 2 |
| | <i>Docente (universidad)</i> | 2 |

Tabla 2.-Expertos según adaptación de los criterios de Fehring

Con la finalidad de obtener el índice de validez de contenido del instrumento de medida, a través del juicio de expertos, se elabora una versión adaptada de un cuestionario para tal fin. Para este estudio se opta por una plantilla validada y calificada por los autores como de utilidad para distintos grupos de expertos (Escobar-Pérez & Cuervo-Martínez, 2008)⁴, tras su adaptación al castellano.

VALIDEZ DE CONTENIDO. CUESTIONARIO⁴

JUICIO DE EXPERTOS

Estimado experto:

Ha sido seleccionado para evaluar el Instrumento “Categorías de los grados de concordancia terminológica” que forma parte de la investigación Estudio de la concordancia terminológica, mediante mapeo cruzado, de diagnósticos enfermeros de la Taxonomía NANDA-I y del sistema de lenguaje unificado CIPE.

Objetivo de la investigación: Conocer el grado de concordancia terminológica entre diagnósticos de la Taxonomía NANDA-I. 2012-2014 y diagnósticos de la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería CIPE V. 2. Rev. 2015.

⁴ Adaptado de: Escobar-Pérez, J., & Cuervo-Martínez, A. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en medición*, 6, 27-36.

Objetivos del juicio de expertos:

- Identificar el diagnóstico CIPE (Término y descripción) que corresponda a cada uno de los diagnósticos NANDA (Etiqueta y Definición) de referencia

7. Establecer la concordancia terminológica del diagnóstico CIPE con el diagnóstico NANDA

Objetivo de la prueba: Evaluar el instrumento de medida de la Concordancia Terminológica.

DATOS DEL EXPERTO:

NOMBRE Y APELLIDOS :

FORMACION ACADEMICA:

AREAS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL:

TIEMPO:

CARGO O PUESTO ACTUAL:

INSTITUCION:

Se califica cada uno de los ítems de acuerdo con los siguientes indicadores.

| ITEMS | CALIFICACIÓN | INDICADOR |
|--|---|--|
| SUFICIENCIA: Es suficiente para medir la dimensión establecida | 4.- Alto nivel. 3.-Moderado nivel 2.-Bajo nivel 1.-No cumple con el criterio | 4.- Ítem Suficiente 3.-Se debe incrementar algún ítem para poder evaluar la dimensión completamente 2.-El ítem mide algún aspecto de la dimensión pero no corresponde con la dimensión total 1.-No es adecuado para medir la dimensión |
| CLARIDAD: Se comprende fácilmente, la sintáctica y la semántica son adecuadas | 4.- Alto nivel. 3.-Moderado nivel 2.-Bajo nivel 1.-No cumple con el criterio | 4.- Claro y adecuado 3.-Se requiere alguna modificación específica de algún término o palabra 2.-El Ítem requiere bastantes modificaciones o una gran modificación en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por su orden. 1.-No es claro |

| | | |
|---|---|---|
| COHERENCIA: El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo | 4.- Alto nivel. 3.-Moderado nivel 2.-Bajo nivel 1.-No cumple con el criterio | 4. -El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo 3. -El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo 2. - El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión 1.- El ítem no tiene relación lógica con la dimensión |
| RELEVANCIA: El ítem es esencial o importante, es decir, debe ser incluido | 4.- Alto nivel. 3.-Moderado nivel 2.-Bajo nivel 1.-No cumple con el criterio | 4.- El ítem es muy relevante y debe ser incluido 3.- El ítem es relativamente importante 2. - El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste. 1.-El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión |

Califique del 1 al 4, los ítems correspondientes a las categorías de Concordancia Terminológica, según los indicadores anteriores.

| CATEGORÍAS CONCORDANCIA | SUFICIENCIA | CLARIDAD | COHERENCIA | RELEVANCIA | OBSERVACIONES |
|------------------------------------|--------------------|-----------------|-------------------|-------------------|----------------------|
| TOTAL | | | | | |
| SIMILAR | | | | | |
| SIMILAR AMPLIADA | | | | | |
| SIMILAR CONCISA | | | | | |
| PARCIAL TÉRMINO | | | | | |

| | | | | | |
|-------------------------|--|--|--|--|--|
| <i>PARCIAL CONCEPTO</i> | | | | | |
| <i>PARCIAL</i> | | | | | |
| <i>NINGUNA</i> | | | | | |

Observaciones:

¿Considera que hay alguna dimensión que forma parte del constructo y no ha sido evaluada?:

En caso afirmativo, especifique cual:

La evaluación de los instrumentos es de gran relevancia para lograr que sean válidos y que los resultados obtenidos a partir de éstos sean utilizados eficientemente.

Agradecemos su valiosa colaboración.

Preparación de los expertos

Para la preparación de los expertos se llevan a cabo reuniones de forma individual y en grupo, con la información sobre el estudio y el trabajo de concordancia terminológica que van a realizar. Tras algunas revisiones es necesario precisar y definir de forma exhaustiva la forma de proceder, con la finalidad de que todos dispongan de la información y el conocimiento necesarios para poder establecer la concordancia terminológica, motivo por el que se elabora un Procedimiento de la medida de la concordancia y una base de datos "ad hoc".

PROCEDIMIENTO DE LA MEDIDA DE LA CONCORDANCIA

El punto de partida son los 69 diagnósticos de la Taxonomía NANDA-I. Edición 2012-2014, que constituyen la muestra, y de los que los expertos disponen del código, etiqueta y definición de cada diagnóstico NANDA, y a partir de esa referencia, se seguirán los siguientes pasos:

1. Se seleccionará del Catálogo de diagnósticos CIPE, el diagnóstico CIPE que se considere equivalente al NANDA, atendiendo a su nombre o etiqueta y a su definición⁵
2. Una vez seleccionado, se registrará el código CIPE, el Término con el que se denomina el diagnóstico y la Descripción⁶ que, en líneas generales, corresponde a la definición
3. A continuación se procederá a establecer, a juicio del experto, el tipo de concordancia observada, calificándola conforma a las ocho categorías que se han establecido:
 - a. Total
 - b. Similar
 - c. Similar ampliada
 - d. Similar Concisa

⁵ En la Página Web del Consejo Internacional de Enfermería, Programa ICNP (Interventions Classification Nursing Practice) : <http://www.icn.ch/what-we-do/international-classification-for-nursing-practice-icnpr/>, además de los catálogos de diagnósticos en distintos idiomas y otros documentos sobre este sistema de lenguaje, la CIPE dispone en abierto, de un navegador que permite acceder a las distintas partes de la clasificación, entre ellas diagnósticos, resultados e intervenciones de Enfermería.

⁶ En la Clasificación Internacional para la práctica de Enfermería, la denominación del nombre o etiqueta figura como Término y lo que entendemos por Definición en NANDA, con la descripción conceptual del diagnóstico.

- e. Parcial término
 - f. Parcial Concepto
 - g. Parcial
 - h. Ninguna
4. La concordancia se establecerá fundamentalmente en base al término (nombre/ etiqueta), pero con la condición de que siempre su significado (descripción/definición), sea el mismo que en NANDA.⁷
5. Se harán constar todos los datos o aportaciones que se consideren relevantes para la investigación

6. RECURSOS

- CIPE: <http://www.icn.ch/what-we-do/international-classification-for-nursing-practice-icnpr/>.
- ICNP Navegador. Versión 2015. <http://www.icn.ch/es/ICNP-Browser-NEW.html>
- ICNP Translations: español e ingles <http://www.icn.ch/what-we-do/icnpr-translations/>
- PROCEDIMIENTO DE MEDIDA DE LA CONCORDANCIA TERMINOLÓGICA

7 Entendemos por mismo significado aquel que es acorde o tiene el mismo sentido que la definición del concepto diagnóstico NANDA, aunque literalmente no se exprese en las mismas formas o sea más amplio o más concreto.

Base de Datos

| | B | C | D | E | F | G |
|---|-----------------|--|-------------------|---------------------|---|-------------|
| 1 | NANDA 2012-2014 | ETIQUETA/DEFINICIÓN | CIPE CD (ESPAÑOL) | TÉRMINO/DESCRIPCIÓN | CONCORDANCIA 1 | OBSERVACIÓN |
| 2 | 00001 | E: Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades. D: Aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas | | | | |
| 3 | 00002 | E: Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades. D: Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas. | | | TOTAL SIMILAR S. AMPLIADA S. CONCISA PARCIAL PARCIAL TÉRMINO PARCIAL CONCEPTO | |
| 4 | 00004 | E: Riesgo de infección. D: Riesgo de ser invadido por organismos patógenos. | | | | |
| 5 | 00005 | E: Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal. D: Riesgo de sufrir un fallo en el mantenimiento de la temperatura corporal dentro de los límites normales. | | | | |

Tabla 3. Base de datos concordancia/ cross mapping

Cada experto dispone de su propia base de datos, creada en Excel, que incluye, cuatro columnas, dos ya registradas de antemano con los datos relativos al código, etiqueta y definición de los diagnósticos NANDA, otras dos para los datos de los diagnósticos CIPE que deberán seleccionar y registrar los expertos, código, término y descripción. Incluye una columna con las categorías definidas de la concordancia en un desplegable para su selección y otra para las observaciones que se consideren oportunas o relevantes para la investigación.

| | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L |
|---|--|--------------------------------------|---|----------------------------------|--|---|---|---|---|---|
| 1 | ETIQUETA/DEFINICIÓN E: Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades. D: Aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas | CIPE CD (ESPAÑOL) 10025335 | TÉRMINO/DESCRIPCIÓN T: Deterioro de la Alta ingesta de nutrientes. D: 10023009 F Deterioro de la ingesta nutricional.10013403 F Aporte nutricional (Ingesta nutricional). Estado nutricional: Cantidad y calidad de los nutrientes y agua ingeridos en el cuerpo. | CONCORDANCIA 1 SIMILAR | OBSERVACIONES Diagnóstico NANDA. Retirado en la edición 2015-2017, lo sustituyen sobrepeso y obesidad: ambos conceptos incluidos en cipe en deterioro del peso. Nutritional Intake, traducido como ingesta nutricional y aporte nutricional, indistintamente | | | | | |
| 2 | E: Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades. D: ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas. | 10025119 | T: Deterioro de la Baja ingesta nutricional. D: D: 10023009 F Deterioro de la ingesta nutricional 10013403 F Ingesta nutricional. Estado nutricional: Cantidad y calidad de los nutrientes y agua ingeridos en el cuerpo. | SIMILAR | | | | | | |
| 3 | E: Riesgo de infección. D: Riesgo de ser invadido por organismos patógenos. | 10015133 | T: Riesgo de infección. D: 10017252 J Riesgo potencial. Descripción: La posibilidad de pérdida o problema, un problema que se espera que ocurra con una cierta probabilidad, estado negativo potencial. 10010104 F Proceso patológico: Invasión corporal de microorganismos patógenos que se reproducen y multiplican, causando enfermedad por lesión celular local, secreción de toxina o reacción antígeno-anticuerpo | TOTAL | POSIBILIDAD DE DX. DE DISTINTOS RIESGOS: INF. CRUZADA, INF. MUCOSA ORAL, OCULAR. DX. REAL DE ALGUNAS INFECCIONES: URINARIA | | | | | |
| 4 | E: Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal. D: Riesgo de sufrir un fallo en el mantenimiento de la temperatura corporal dentro de los | 10015244 | T: Riesgo de deterioro de la termostatación. D: 10015244 DC Deterioro de la termostatación: Disminución de la capacidad para cambiar el termostato interno expuesto a intenso calor o | SIMILAR | | | | | | |

Tabla 3.1. Base de datos cross mapping/concordancia.

NAVEGADOR CIPE (<http://www.icn.ch/es/ICNP-Browser-NEW.html>)

A través del enlace web facilitado se accede a la información sobre la CIPE (ICNP) del Consejo Internacional de Enfermería (CIE)

The screenshot shows the ICNP Browser website. The header includes the ICN logo and the text 'International Council of Nurses Consejo Internacional de Enfermeras Conseil International des Infirmières'. Below the header is a navigation menu with items: Who we are, What We Do, Members, Publications, ICN Networks, News Room, and Events. The main content area is titled 'INTERNATIONAL CLASSIFICATION FOR NURSING PRACTICE (ICNP®)' and features a list of links: ICNP Browser (NEW), ICNP Download, ICNP Benefits, ICNP FAQs, About ICNP®, ICN Accredited Centres for ICNP® Research & Development, ICNP® Translations, ICNP® Catalogues, ICNP® Research & Development, Implementing ICNP®, ICNP® Resources, and ICNP® Contact Us. There is also a section for 'Latest Articles from International Nursing Review' and a logo for the '2015 Seoul ICN Conference and CNR 19-23 June 2015 in Seoul'.

Figura 27. Navegador CIPE

El navegador ofrece las opciones de **versión** (ver 2015) **idioma** y **criterios**.

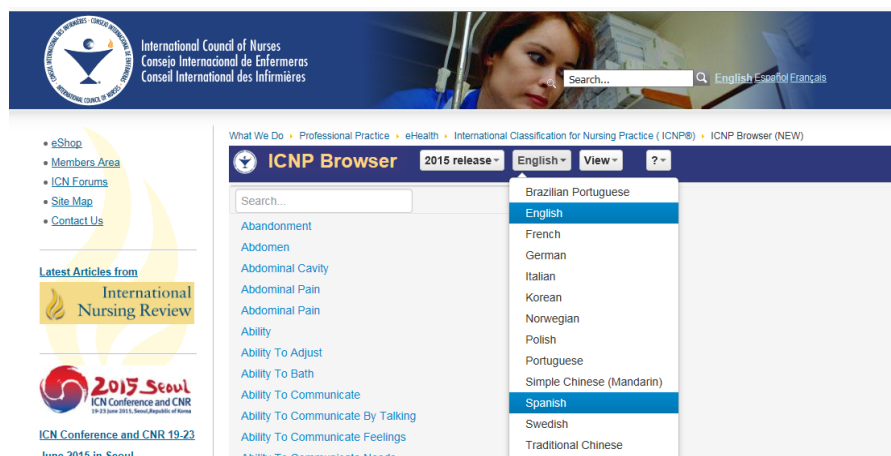


Figura 27.1. Navegador CIPE

Como “**Criterios**” se accede a:

- Lista general de términos, que incluye todos los términos de la clasificación con independencia del eje al que correspondan. Proporciona la información relativa a cada término con respecto a la clasificación. Dispone de **BUSCADOR**



Figura 27.2. Navegador CIPE

6. **Categorías:** Información de los fenómenos de Enfermería CIPE, distribuido en categorías



Figura 27. 3. Navegador CIPE

- **Eje:** con acceso a todos los ejes CIPE, incluidos Diagnósticos y resultados e Intervenciones



Figura 27. 4. Navegador CIPE

Se recomienda iniciar la navegación a través de la búsqueda, en Lista, del término que constituye el núcleo o concepto diagnóstico.

En el criterio eje diagnósticos/resultados, en Diagnóstico y resultado negativo, se accede a la relación de diagnósticos reales y de riesgo CIPE, que suponen algún tipo de problema de salud o disfuncionalidad.

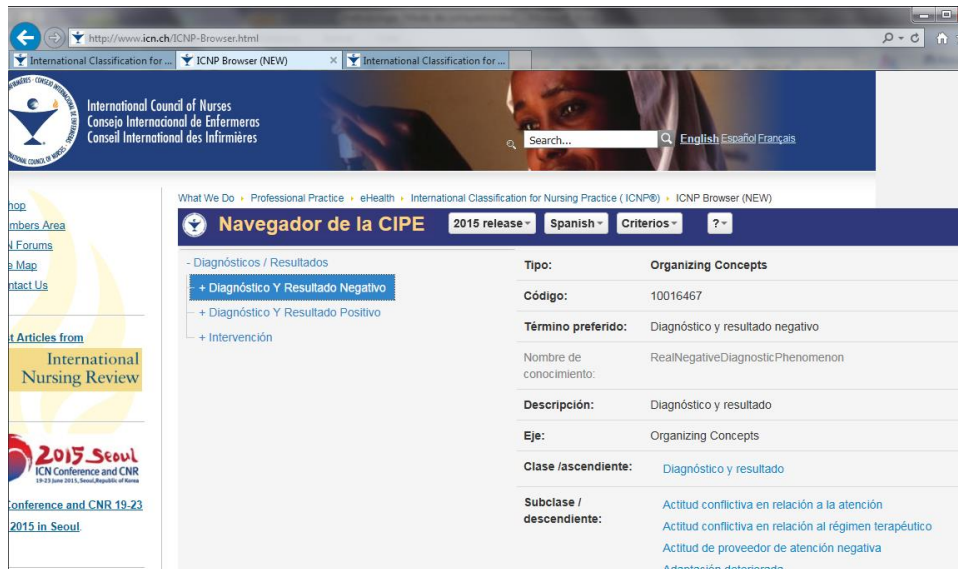


Figura 27. 5. Navegador CIPE

Se deberá tener en cuenta que la equivalencia terminológica se buscará entre la etiqueta del diagnóstico NANDA de referencia y el Término del diagnóstico CIPE.

Para la conceptual será preciso localizar la descripción CIPE del término diagnóstico, generalmente del eje Foco, en las clases ascendentes o descendentes para contrastarla con la definición del diagnóstico NANDA.

A continuación un ejemplo del diagnóstico Hipotermia: 1.- DIAGNÓSTICO HIPOTERMIA. Etiqueta/término diagnóstico CIPE



Figura 27. 6. Navegador CIPE

2.- FOCO HIPOTERMIA. Descripción del concepto CIPE



Figura 27. 7. Navegador CIPE

La descripción de la base de datos, Navegador CIPE y otros recursos, forman parte del Procedimiento de medida de la Concordancia.

Estadística descriptiva: frecuencias y porcentajes. Para las variables cuantitativas, como índice de tendencia central, la media aritmética o la mediana y como índice de dispersión, la desviación estándar. Para la asociación de variables cuantitativas correlación no paramétrica **Rho de Spearman**.

Interpretación coeficiente de correlación Rho de Spearman

| <i>Coeficiente</i> | <i>Interpretación</i> |
|--------------------|--------------------------|
| 0 | <i>Relación nula</i> |
| 0,01 - 0,20 | <i>Relación muy baja</i> |
| 0,21 - 0,40 | <i>Relación baja</i> |
| 0,41 - 0,60 | <i>Moderada</i> |
| 0,61 - 0,80 | <i>Alta</i> |
| 0,81 - 1,00 | <i>Muy alta</i> |
| 1 | <i>Perfecta</i> |

Para el cálculo del **índice de validez de contenido (IVC)**, del instrumento de medida, no es preciso calcular la proporción de ítems puntuados por los expertos, ni proceder a su revisión por ser la puntuación de 4 en todos ellos. Para el análisis de la **concordancia ordinal** del instrumento de medición de las categorías de concordancia terminológica, utilizamos el **coeficiente de concordancia W de Kendall**, aunque por el motivo ya descrito, es evidente la concordancia absoluta como resultado.

Para el análisis de **concordancia nominal** intra-observador e inter-observador se utiliza el **índice Kappa de Cohen**, realizándose por pares de expertos.

En general se sugiere como aceptable una concordancia mínima entre 0,70 - 0,90, en función del número de observadores y de categorías a evaluar.

Valoración del coeficiente kappa (Landis y Koch, 1977)

| <i>Coeficiente</i> | <i>Fuerza de la concordancia kappa</i> |
|--------------------|--|
| <i>0,00</i> | <i>Pobre (Poor)</i> |
| <i>0,01 - 0,20</i> | <i>Leve (Slight)</i> |
| <i>0,21 - 0,40</i> | <i>Aceptable (Fair)</i> |
| <i>0,41 - 0,60</i> | <i>Moderada (Moderate)</i> |
| <i>0,61 - 0,80</i> | <i>Considerable (Substantial)</i> |
| <i>0,81 - 1,00</i> | <i>Casi perfecta (Almost perfect)</i> |

El análisis de los datos se realiza mediante el paquete estadístico **SPSS**

V- 15.

Se solicita el permiso correspondiente para obtener el acceso a documentos relacionados con el sistema de lenguaje (CIPE), a través de la Web del CIE, dicha autorización compromete a utilizar el material descargado para el uso que se solicita, en este caso, investigación, no pudiendo ser en ningún caso, empleado en fines comerciales. En lo que respecta a los expertos se asegura la confidencialidad de los datos, estableciendo las condiciones necesarias para garantizar el cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

Los estudios de Concordancia terminológica conllevan un grado de subjetividad que podríamos considerar inherente a los aspectos conceptuales y a la interpretación de los instrumentos de medida, a pesar de la utilización de los mecanismos de control establecidos.

La propia validez de contenido y el juicio de expertos están limitados por el componente subjetivo del proceso.

Otro aspecto a considerar es la complejidad de la tarea de los expertos en la categorización de la concordancia de términos que incluye equivalencias semánticas, de idioma (distintas acepciones en la traducción), conceptuales o experimentales, todos ellos factores que pueden condicionar el resultado.

En cuanto al grado de conocimiento de los expertos de los lenguajes estudiados, en general es muy superior el conocimiento sobre la NANDA que el de la CIPE, lo que pudiera interpretarse como una limitación al tiempo que una ventaja en la medida en que esta taxonomía es el patrón de referencia (Gold standard) del estudio.

La Concordancia interobservadores mide el grado de coincidencia a la hora de calificar el tipo de equivalencia semántica, pero no excluye la posibilidad de acierto o desacierto en la calificación de dicha concordancia o en la selección del diagnóstico CIPE.

Capítulo 4. Resultados

De la totalidad de los Diagnósticos NANDA I. 2012-2014, se seleccionan los diagnósticos presentes en los 25 GRD más frecuentes atendidos en Hospitalización, según la Memoria 2013 del Servicio Madrileño de Salud. Esta casuística supone un subtotal de 158.486, de un total de 496.681 procesos, con un peso medio de 1,6⁸ (complejidad superior a la media) y una estancia media de 7,50 días. Es decir es el 31,9% de los procesos realizados en Atención Especializada, con una complejidad alta y una estancia superior a los 7 días. (Fuente CMBD 2013).

Para conocer el número de diagnósticos enfermeros presentes en dichos GRD, se crea una base de datos en formato Excel, donde se estructuran en función de cada uno de los 25 GRD, obteniéndose como resultado 69 diagnósticos de un total de 216 que incluye la taxonomía. Es decir el 31,94% de los diagnósticos NANDA I. 2012-2014.

Se calculan frecuencias y porcentajes de los diagnósticos enfermeros por GRD. A destacar 9 de ellos que están presentes en un rango entre el 80 y el 100% de los GRD. Dichos diagnósticos son: Riesgo de infección, autocuidados baño, vestido, alimentación y uso del inodoro, insomnio, dolor, temor y protección ineficaz.

⁸ El peso es un indicador de la complejidad de la atención y el consumo de recursos. Si es > 1 se considera la casuística de mayor complejidad media y si es menor de 1 se considera de menor complejidad media que la del estándar

| GRD | TOTAL DX./GRD | PORCENTAJE |
|------------|----------------------|-------------------|
| 541 | 24 | 34,78 |
| 373 | 13 | 18,84 |
| 372 | 14 | 20,28 |
| 544 | 24 | 34,78 |
| 127 | 19 | 27,53 |
| 371 | 14 | 20,28 |
| 430 | 23 | 33,33 |
| 494 | 10 | 14,49 |
| 209 | 13 | 18,84 |
| 101 | 20 | 28,98 |
| 557 | 27 | 39,13 |
| 584 | 25 | 36,23 |
| 569 | 29 | 42,02 |
| 014 | 24 | 34,78 |
| 089 | 15 | 21,73 |
| 311 | 19 | 27,53 |
| 158 | 11 | 15,94 |
| 552 | 16 | 23,18 |
| 818 | 12 | 17,39 |
| 162 | 11 | 15,94 |
| 359 | 11 | 15,94 |
| 533 | 31 | 44,92 |
| 73 | 8 | 11,59 |
| 87 | 18 | 26,08 |
| 320 | 16 | 23,18 |

Tabla 4.- Prevalencia de los Diagnósticos NANDA por GRD

| <i>CODIGO DX.</i> | <i>TOTAL DX</i> | <i>%</i> | <i>CODIGO DX.</i> | <i>TOTAL DX</i> | <i>%</i> | <i>CODIGO DX.</i> | <i>TOTAL DX</i> | <i>%</i> |
|-------------------|-----------------|----------|-------------------|-----------------|----------|-------------------|-----------------|----------|
| 00001 | 2 | 8 | 00045 | 11 | 44 | 00118 | 4 | 16 |
| 00002 | 4 | 16 | 00046 | 4 | 16 | 00123 | 2 | 8 |
| 00004 | 25 | 100 | 00047 | 12 | 48 | 00124 | 3 | 12 |
| 00005 | 1 | 4 | 00051 | 4 | 16 | 00125 | 1 | 4 |
| 00007 | 10 | 40 | 00052 | 1 | 4 | 00128 | 4 | 16 |
| 00008 | 1 | 4 | 00053 | 1 | 4 | 00132 | 22 | 88 |
| 00011 | 10 | 40 | 00059 | 4 | 16 | 00134 | 8 | 32 |
| 00013 | 2 | 8 | 00060 | 13 | 52 | 00136 | 1 | 4 |
| 00014 | 2 | 8 | 00066 | 7 | 28 | 00138 | 1 | 4 |
| 00015 | 14 | 56 | 00067 | 4 | 16 | 00139 | 1 | 4 |
| 00016 | 3 | 12 | 00069 | 4 | 16 | 00140 | 1 | 4 |
| 00018 | 2 | 8 | 00078 | 9 | 36 | 00146 | 15 | 60 |
| 00020 | 1 | 4 | 00079 | 0 | 0 | 00148 | 19 | 76 |
| 00023 | 1 | 4 | 00085 | 4 | 16 | 00155 | 4 | 16 |
| 00025 | 1 | 4 | 00086 | 0 | 0 | 00179 | 1 | 4 |
| 00026 | 6 | 24 | 00092 | 11 | 44 | 00188 | 1 | 4 |
| 00028 | 8 | 32 | 00093 | 1 | 4 | 00200 | 1 | 4 |
| 00029 | 2 | 8 | 00095 | 24 | 96 | 00201 | 1 | 4 |
| 00030 | 6 | 24 | 00096 | 1 | 4 | 00203 | 1 | 4 |
| 00031 | 6 | 24 | 00102 | 21 | 84 | | | |
| 00032 | 7 | 28 | 00103 | 3 | 12 | | | |
| 00033 | 4 | 16 | 00106 | 3 | 12 | | | |
| 00035 | 4 | 16 | 00108 | 24 | 96 | | | |
| 00036 | 2 | 8 | 00109 | 24 | 96 | | | |
| 00043 | 18 | 72 | 00110 | 24 | 96 | | | |

Tabla 5.- Prevalencia de los Diagnósticos NANDA en el total de GRD

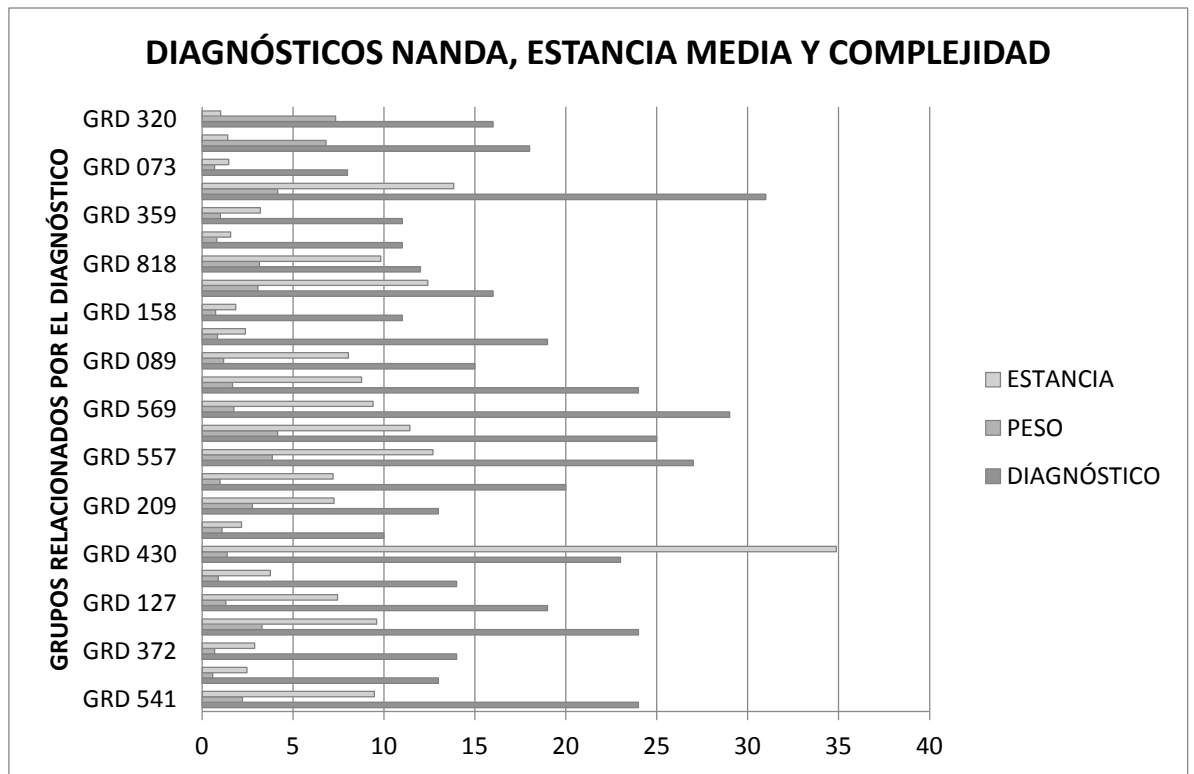


Gráfico 1.-Relación de diagnósticos NANDA, peso y estancia media por GRD

Se analiza la correlación de las variables número de diagnósticos, peso y estancia, mediante el coeficiente de correlación Rho de Spearman, siendo significativa para $p < 0,01$.

| | | | PESO | NANDA | ESTANCIA |
|-----------------|----------|-----------------------------|----------|----------|----------|
| Rho de Spearman | PESO | Coefficiente de correlación | 1,000 | ,579(**) | ,856(**) |
| | | Sig. (bilateral) | . | ,002 | ,000 |
| | | N | 25 | 25 | 25 |
| | NANDA | Coefficiente de correlación | ,579(**) | 1,000 | ,723(**) |
| | | Sig. (bilateral) | ,002 | . | ,000 |
| | | N | 25 | 25 | 25 |
| | ESTANCIA | Coefficiente de correlación | ,856(**) | ,723(**) | 1,000 |
| | | Sig. (bilateral) | ,000 | ,000 | . |
| | | N | 25 | 25 | 25 |

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Según los resultados obtenidos, la relación entre el peso (complejidad) del GRD y la estancia hospitalaria, es 0,856, considerada muy alta en función de los rangos de este coeficiente (0,8-1, rango muy alta); entre los diagnósticos

NANDA y la estancia, 0,723, alta (0,6-0,8) y entre el peso y los diagnósticos enfermeros 0,579 moderada (0,4-0,6)

4.2 Validez y fiabilidad del instrumento de medida

Todos los expertos puntuaron todos los ítems de evaluación del cuestionario para la medida del índice de validez de contenido (IVC), con la puntuación 4 Nivel alto, en todos los ítems de cada categoría de concordancia, por lo que no es necesario utilizar ningún estadístico. Por tanto el IVC es del 100%.

De la misma forma, la concordancia interobservadores, en este caso entre expertos, también es del 100%, es decir, absoluta.

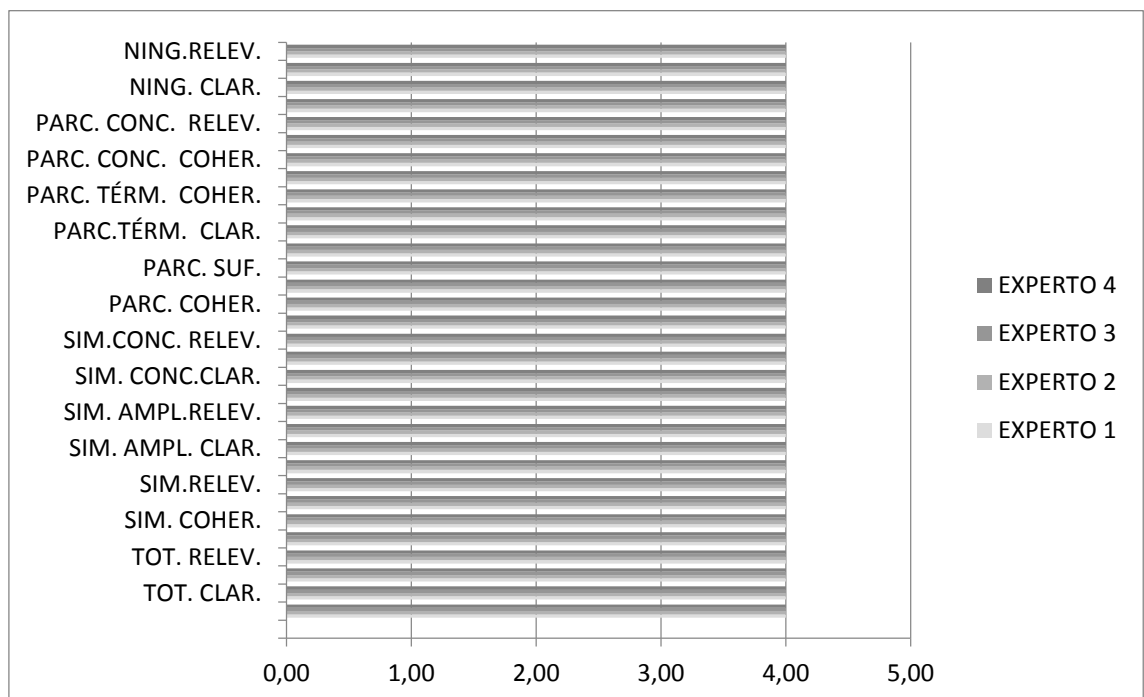


Gráfico 2.-Juicio de expertos sobre el instrumento de medida de la concordancia

4.3 Concordancia Inter-diagnóstica por experto

Se analizan las frecuencias absolutas y relativas de los tipos de concordancia⁹ en las 8 categorías, en los 69 diagnósticos NANDA y sus correlativos CIPE y por cada uno de los expertos.

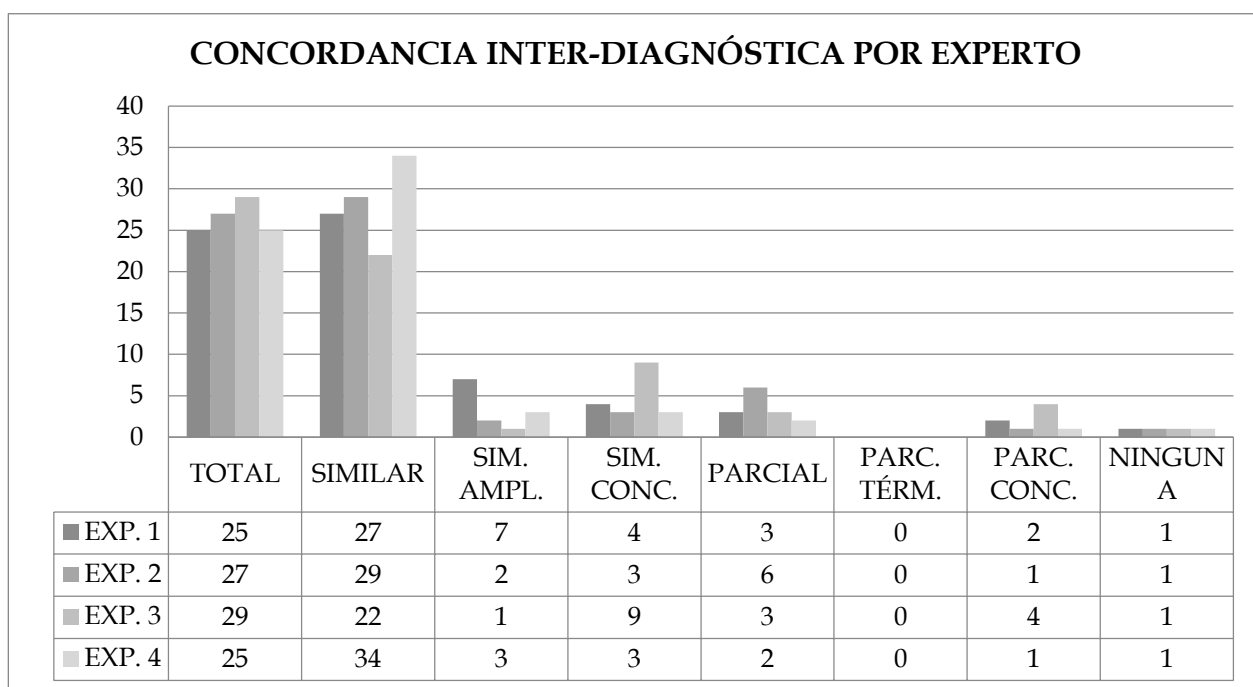


Gráfico 3.-Frecuencias absolutas de las categorías de concordancia por experto

⁹ Con el fin de evitar la confusión a la que puede inducir la utilización ambivalente del término concordancia, se ha de distinguir entre la concordancia inter-diagnóstica, es decir la equivalencia semántica del diagnóstico CIPE con el NANDA de referencia, y la concordancia inter-observadores, como muestra de la confiabilidad del juicio de los expertos. Nos referiremos a la primera como concordancia o equivalencia inter-diagnóstica y a la segunda como concordancia inter-observadores.

En total se procesan 276 términos diagnósticos CIPE, con su correspondiente descripción, relacionados con los 69 diagnósticos NANDA de referencia (Gold estándar), estudiados por los 4 expertos.

CONCORDANCIA POR CATEGORÍAS Y EXPERTO

En un total de 106 valoraciones, los expertos calificaron concordancia total.

En 25 diagnósticos, los cuatro expertos, consideraron que el diagnóstico CIPE era totalmente equivalente al diagnóstico NANDA (36,23%), uno de los expertos en 27 (39,13%) y otro en 29 de los casos (42,02%). El porcentaje de Concordancia total obtenida por el conjunto de los 4 expertos es de 38,40%.

En la categoría Similar, el número de unidades calificadas por los expertos fue de 112 (40,57%), un experto valora así la equivalencia semántica en 22 diagnósticos (31,88%), otro en 27 de los casos (39,13%), uno en 29 (42,02) y uno en 34 (49,27%) que supone el mayor número de diagnósticos asignado a una categoría de concordancia.

Similar ampliada fue seleccionada en 13 ocasiones que suponen un 4,7% del total de casos, un experto en 7 y en 1, 2 y 3 diagnósticos, los tres restantes, respectivamente.

Similar concisa, es considerada en 19 casos (6,88 %) a razón de 3 veces por dos expertos, en 4 casos, por uno y en 9 por otro.

El resto de categorías se asignan un número inferior de veces. En el conjunto de los cuatro observadores Parcial se reseña en 14 casos (5,07%), Parcial término en ningún caso, Parcial concepto en 8 (2,89%) y Ninguna concordancia en 4 casos (1,44%), 1 por observador.

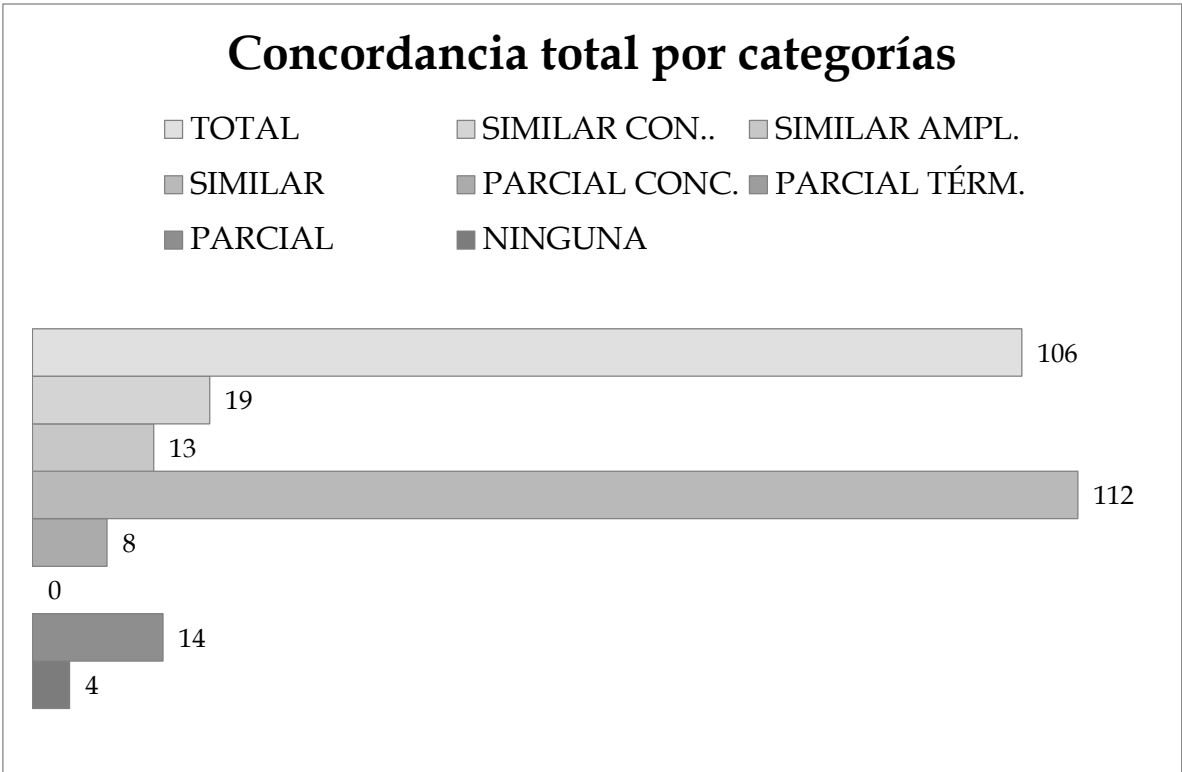


Gráfico 4.-Frecuencias absolutas por categorías de concordancia

Como podemos observar hay un predominio de las categorías que indican concordancia Total que señala una correspondencia exacta en la forma de nombrar el término y en el sentido o significado del concepto y Similar que implica el uso de sinonimias, ya sea en forma más amplia o más concisa.

De los 276 términos diagnósticos analizados, son concordantes 250 (90,58%) y no concordantes 26 (9,42%).

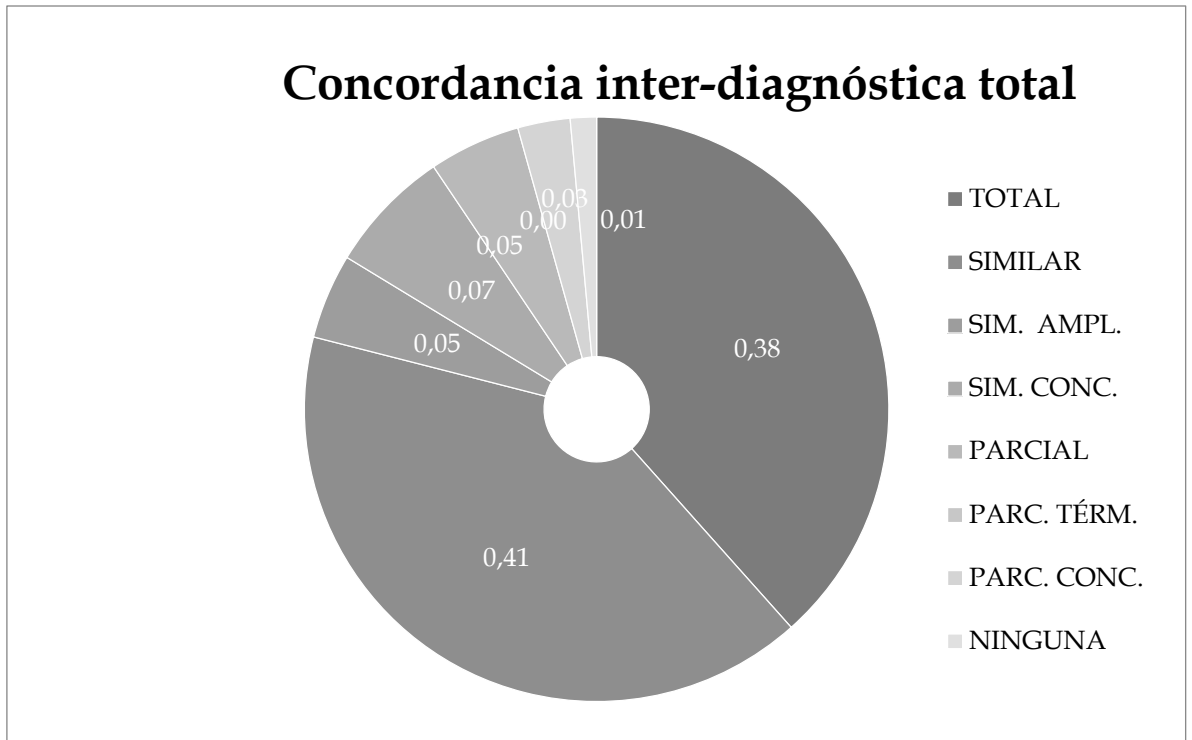


Gráfico 5.-Frecuencias relativas por categorías de concordancia

En general, teniendo en cuenta la totalidad de los expertos, los porcentajes de concordancia entre ambos tipos de diagnóstico, varían en función del grado de concordancia que representa cada categoría: 38% Total; 41% Similar; 5% Similar ampliada; 7% Similar concisa y 5% Parcial, del resto de categorías Parcial término 0%, Parcial concepto, 3% y Ninguna 2% respectivamente.

Concordancia inter-diagnóstica total

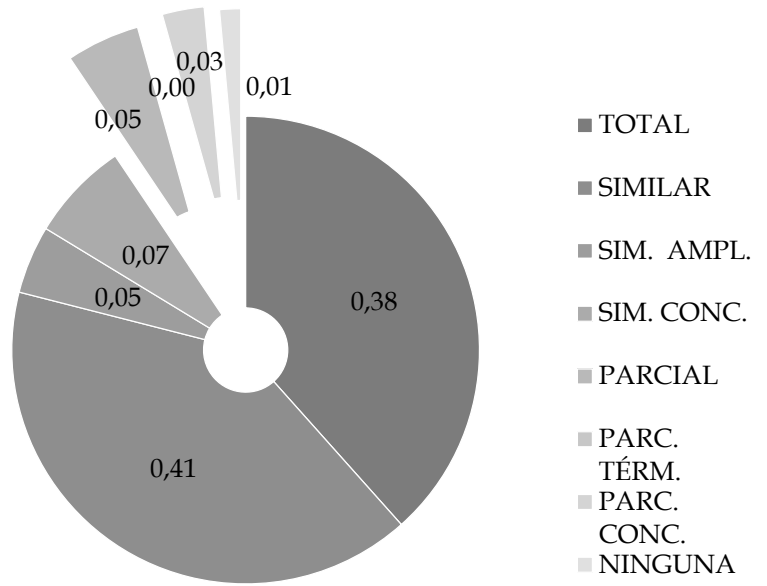


Gráfico 6.-Frecuencias relativas por categorías de concordancia

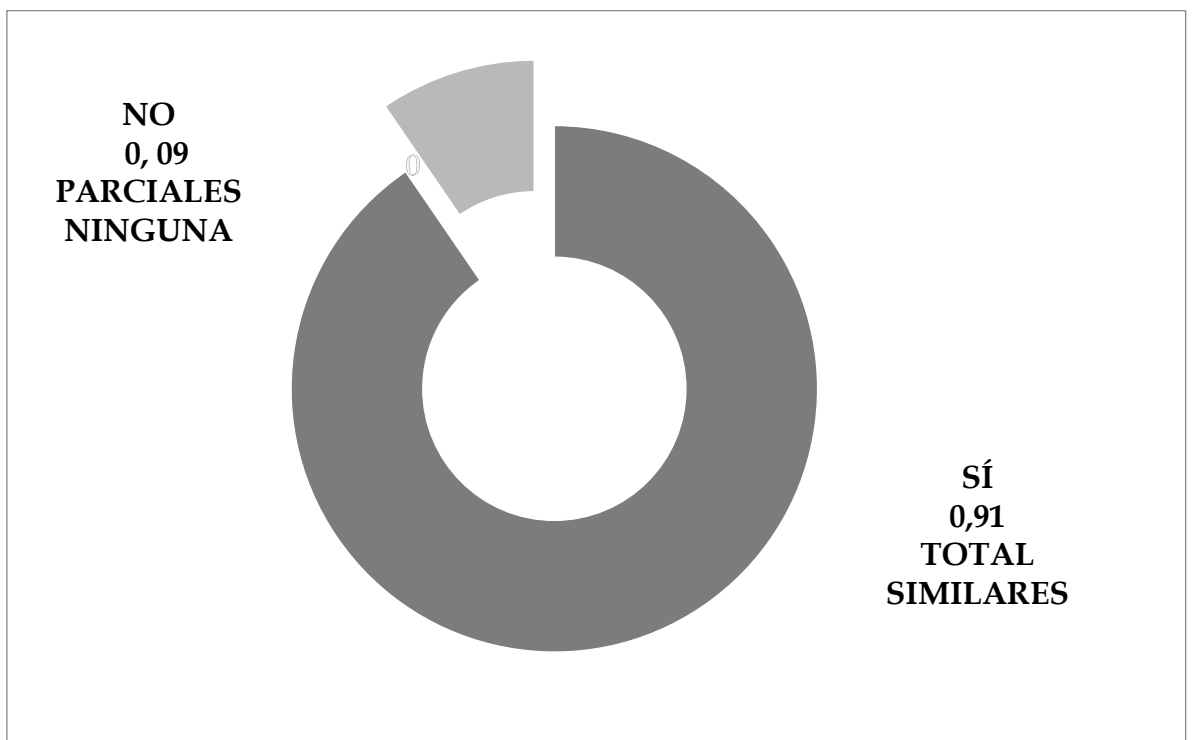


Gráfico 7.-Concordancia versus no concordancia

A continuación se relacionan los 69 diagnósticos NANDA vs. CIPE y las categorías de concordancia establecidas por los expertos en general o por cada uno en particular.

| DIAGNÓSTICO NANDA | CONCORDANCIA | DIAGNÓSTICO CIPE |
|---|---|--|
| Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades. | Similar | Deterioro de la Alta ingesta de nutrientes. |
| Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades. | Similar | Deterioro de la Baja ingesta nutricional. |
| Riesgo de infección | Total | Riesgo de infección. |
| Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal. | Similar | Riesgo de deterioro de la termorregulación. |
| Hipertermia. | Total/Similar | Hipertermia. |
| Termorregulación ineficaz | Similar | Deterioro de la termorregulación. |
| Estreñimiento. | Total | Estreñimiento |
| Diarrea | Total | Diarrea |
| Incontinencia fecal | Similar | Incontinencia intestinal |
| Riesgo de estreñimiento | Similar | Riesgo de constipación |
| Deterioro de la eliminación urinaria | Similar/Similar ampliada | 1.-Deterioro de la función del sistema urinario 2.-Deterioro del proceso del sistema urinario 3.-Deterioro de la micción |
| Incontinencia urinaria refleja | Total | Incontinencia urinaria refleja |
| Incontinencia urinaria funcional | Similar concisa | Incontinencia funcional |
| Retención urinaria | Total | Retención urinaria |
| Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos | Similar | 1.-Riesgo de exceso de volumen de líquido 2.-Riesgo de volumen de líquido deficiente |
| Exceso de volumen de líquidos | Similar/Similar ampliada/ Parcial concepto | 1.-Desequilibrio de líquidos: Sobrehidratación isotónica 2.-Sobrehidratación isotónica 3.- Edema 4.- Hipervolemia |
| Riesgo de déficit de volumen de líquidos | Parcial /Similar | 1.-Riesgo de volumen de líquido deficiente: Deshidratación isotónica Riesgo de Deshidratación |
| Disminución del gasto cardíaco | Similar | Deterioro del gasto cardiaco |
| Deterioro del intercambio de gases | Total | Deterioro del intercambio de gases |
| Limpieza ineficaz de las vías aéreas. | Similar | Deterioro del despeje de la vía aérea |
| Patrón respiratorio ineficaz | Similar / Parcial concepto | 1.-Deterioro de la función del proceso respiratorio 2.-Deterioro de la función del sistema respiratorio |
| Deterioro de la ventilación espontánea | Parcial | Respiración alterada |

| | | |
|---|---|--|
| Respuesta ventilatoria disfuncional al destete | Parcial /Similar/Similar concisa | Destete de ventilación deteriorada |
| Riesgo de lesión | Total | Riesgo de lesión |
| Riesgo de asfixia | Total | Riesgo de asfixia |
| Protección ineficaz | Parcial/Similar ampliada/ Parcial concepto | 1.-Deterioro de la capacidad para proteger 2.-Automanejo del riesgo de enfermedad |
| Deterioro de la mucosa oral | Total | Deterioro de la mucosa oral |
| Deterioro de la integridad cutánea. | Total/similar | Deterioro de la integridad de la piel |
| Riesgo de deterioro de la integridad cutánea | Total/similar | Riesgo de deterioro de la integridad de la piel |
| Deterioro de la comunicación verbal | Total/similar concisa | Deterioro de la comunicación verbal |
| Deterioro de la interacción social | Similar | Deterioro de la socialización |
| Aislamiento social | Total | Aislamiento social |
| Disfunción sexual | Similar | Deterioro de la función sexual |
| Interrupción de los procesos familiares | Total/similar | 1.-Proceso familiar interrumpido 2.- Deterioro del proceso familiar |
| Sufrimiento espiritual | Similar | 1.-Angustia espiritual 2.- Dificultad espiritual: |
| Riesgo de sufrimiento espiritual | Similar | Riesgo de aflicción espiritual |
| Afrontamiento ineficaz | Similar | Dificultad para el afrontamiento |
| Gestión ineficaz de la propia salud | Parcial concepto/Parcial | 1.-Deterioro de la capacidad para gestionar el régimen. 2.- Actitud conflictiva en relación al régimen terapéutico |
| Deterioro de la movilidad física | Similar concisa/total/ similar | Deterioro de la movilidad |
| Intolerancia a la actividad | Total | Intolerancia a la actividad |
| Fatiga | Total | Fatiga |
| Riesgo de intolerancia a la actividad | Total | Riesgo de intolerancia a la actividad |
| Insomnio | Similar/Similar ampliada | 1.- Deterioro del sueño: Insomnio 2.- Deterioro del sueño |
| Deprivación de sueño | Total/Similar | 1.-Privación de sueño |
| Déficit de autocuidado: alimentación | Total/Similar | 1.-Déficit de autocuidado: alimentarse 2.- Deterioro de la capacidad para alimentarse |
| Deterioro de la deglución | Total | Deterioro de la deglución |
| Disposición para mejorar la lactancia materna | Parcial /Parcial concepto /Similar | 1.-Lactancia materna efectiva 2.- Disposición para aprender Lactancia materna |
| Déficit de autocuidado: baño | Similar/Similar ampliada/Total | 1.-Déficit de autocuidado: bañarse/autohigiene 2.- Deterioro de la capacidad para bañarse 3.- Déficit de autocuidado: bañarse/autohigiene |
| Déficit de autocuidado: vestido | Similar/Similar ampliada | 1.-Déficit de autocuidado: vestirse/desvestirse |

| | | |
|---|---------------------------|---|
| | | 2.- Deterioro de la capacidad de vestirse 3.-Déficit de autocuidado/Deterioro del vestido y acalamiento |
| Déficit de autocuidado | Similar/Similar ampliada | 1.-Deterioro del uso del retrete 2.-Déficit de autocuidado: Deterioro del uso del retrete |
| Trastorno de la imagen corporal | Similar | Imagen corporal distorsionada |
| Desatención unilateral | Similar | 1.-Descuido unilateral 2.- Negligencia unilateral |
| Desesperanza | Total | Desesperanza |
| Impotencia | Total | Impotencia |
| Confusión aguda | Total/Similar | Confusion aguda |
| Dolor agudo | Total | Dolor agudo |
| Náuseas | Total | Náusea |
| Duelo | Similar ampliada/Total | 1.-Duelo 2.-Duelo familiar 3.- Duelo anticipado |
| Riesgo de violencia dirigida a otros. | Similar concisa | Riesgo de violencia |
| Riesgo de automutilación | Total | Riesgo de automutilación |
| Riesgo de violencia autodirigida | Similar/ Similar concisa | 1.-Riesgo de Comportamiento autodestructivo 2.-Riesgo de violencia |
| Ansiedad | Total | Ansiedad |
| Temor | Similar | Miedo |
| Riesgo de caídas | Total | Riesgo de Caída |
| Riesgo de nivel de glucemia inestable | Ninguna | Nivel de glucosa sanguínea normal Nivel de glucosa sanguínea efectiva Hiperglucemia Hipoglucemia |
| Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud | Parcial | Deterioro del comportamiento de conducta de salud |
| Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca | Similar/ Similar ampliada | 1.-Riesgo de perfusión tisular ineficaz: proceso cardiaco 2.-Riesgo de perfusión tisular ineficaz: corazón 3.-Riesgo de perfusión tisular ineficaz |
| Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz | Similar/ Similar concisa | 1.-Riesgo de perfusión tisular ineficaz: proceso neurovascular 2.-Riesgo de perfusión tisular ineficaz:cerebro 3.- Riesgo de perfusión tisular ineficaz |
| Riesgo de perfusión renal ineficaz | Similar/ Similar concisa | 1.-Riesgo de perfusión tisular ineficaz: proceso renal. 2.- Riesgo de perfusión tisular ineficaz:riñón 3.- Riesgo de perfusión tisular ineficaz |

Tabla 6. Diagnósticos NANDA / CONCORDANCIA / CIPE

De los 69 diagnósticos NANDA que constituyen la muestra, en 42 (61%) de ellos, los expertos seleccionaron, de forma unilateral y unívoca (uno vs., uno), los diagnósticos CIPE, coincidiendo todos ellos en la categoría de concordancia asignada.

| NANDA | CIPE | Concordancia | Observadores |
|--|---|------------------------|---------------------|
| E: Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades. | Deterioro de la Alta ingesta de nutrientes. | Similar | 100% |
| E: Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades. | T: Deterioro de la Baja ingesta nutricional. | Similar | 100% |
| E: Riesgo de infección | T: Riesgo de infección. | Total | 100% |
| E: Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal. | T: Riesgo de deterioro de la termorregulación. | Similar | 100% |
| E: Termorregulación ineficaz | T: Deterioro de la termorregulación. | Similar | 100% |
| E: Estreñimiento. | T: Estreñimiento | Total | 100% |
| E: Diarrea | T: Diarrea | Total | 100% |
| E: Incontinencia fecal | T: Incontinencia intestinal | Similar | 100% |
| E: Riesgo de estreñimiento | E: Riesgo de constipación | Similar | 100% |
| E: Incontinencia urinaria refleja | T: Incontinencia urinaria refleja | Total | 100% |
| E: Incontinencia urinaria funcional | T: Incontinencia funcional | Similar concisa | 100% |
| E: Retención urinaria | T: Retención urinaria | Total | 100% |

| | | | |
|--|---|----------------|-------------|
| E: Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos | T: Riesgo de exceso de volumen de líquido T: Riesgo de volumen de líquido deficiente | Similar | 100% |
| E: Disminución del gasto cardíaco | T: Deterioro del gasto cardíaco | Similar | 100% |
| E: Deterioro del intercambio de gases | T: Deterioro del intercambio de gases | Total | 100% |
| E: Limpieza ineficaz de las vías aéreas. | T: Deterioro del despeje de la vía aérea | Similar | 100% |
| E: Deterioro de la ventilación espontánea | T: Respiración alterada | Parcial | 100% |
| E: Riesgo de lesión | T: Riesgo de lesión | Total | 100% |
| E: Riesgo de asfixia | T: Riesgo de asfixia | Total | 100% |
| E: Deterioro de la mucosa oral | T: Deterioro de la mucosa oral | Total | 100% |
| E: Deterioro de la interacción social | T: Deterioro de la socialización | Similar | 100% |
| E: Aislamiento social | T: Aislamiento social | Total | 100% |
| E: Disfunción sexual | T: Deterioro de la función sexual | Similar | 100% |
| E: Sufrimiento espiritual | T: Angustia espiritual T: Dificultad espiritual: | Similar | 100% |
| E: Riesgo de sufrimiento espiritual | T: Riesgo de aflicción espiritual | Similar | 100% |
| E: Afrontamiento ineficaz | T: Dificultad para el afrontamiento | Similar | 100% |

| | | | |
|---|---|------------------------|-------------|
| E: Intolerancia a la actividad | T: Intolerancia a la actividad | Total | 100% |
| E: Fatiga | T: Fatiga | Total | 100% |
| E: Riesgo de intolerancia a la actividad | T: Riesgo de intolerancia a la actividad | Total | 100% |
| E: Deterioro de la deglución | T: Deterioro de la deglución | Total | 100% |
| E: Trastorno de la imagen corporal | T: Imagen corporal distorsionada | Similar | 100% |
| E: Desatención unilateral | T: Descuido unilateral T: Negligencia unilateral | Similar | 100% |
| E: Desesperanza | T: Desesperanza | Total | 100% |
| E: Impotencia | T: Impotencia | Total | 100% |
| E: Dolor agudo | T: Dolor agudo | Total | 100% |
| E: Náuseas | T: Náusea | Total | 100% |
| E: Riesgo de violencia dirigida a otros. | T: Riesgo de violencia | Similar concisa | 100% |
| E: Riesgo de automutilación | T: Riesgo de automutilación | Total | 100% |
| E: Ansiedad | T: Ansiedad | Total | 100% |
| E: Temor | T: Miedo | Similar | 100% |
| E: Riesgo de caídas | T: Riesgo de Caída | Total | 100% |
| E: Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud | T: Deterioro del comportamiento de conducta de salud | Parcial | 100% |

Tabla 7. Diagnósticos NANDA / CIPE, correspondencia y concordancia

4.4 CONCORDANCIA INTER-OBSERVADORES. INDICE KAPPA DE COHEN

Aplicamos el estadístico Kappa a los expertos por pares, en función de su ámbito de ejercicio profesional, (1 y 4) ámbito clínico, 2 y 3 (ámbito docente). Podemos hacer una asociación más en el caso de dos expertos con experiencia en gestión >10 años (3 y 4).

Par I (Observador 1 - Observador 4)

Los resultados obtenidos son los siguientes para un Índice Kappa de Cohen no ponderado:

- i. Con todas las categorías de concordancia

$\kappa = 0,739$. Concordancia Considerable o sustancial. Error estándar: 0,0684;
Intervalo de confianza: 0,95 (0,6052-0,8734)

Significación estadística <0,01

| CONCORDANCIA | | OBSERVADOR 4 | | | | | | | Total |
|--------------|---------------------|--------------|---------|---------------------|---------|---------------------|--------------------|-------|---------|
| | | NINGUNA | PARCIAL | PARCIAL CONCEPTO | SIMILAR | SIMILAR AMPLIADA | SIMILAR CONCISA | TOTAL | NINGUNA |
| OBSERVADOR 1 | NINGUNA | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | PARCIAL | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | PARCIAL CONCEPTO | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 |
| | SIMILAR | 0 | 0 | 0 | 26 | 0 | 0 | 1 | 27 |
| | SIMILAR AMPLIADA | 0 | 0 | 0 | 4 | 2 | 0 | 1 | 7 |
| | SIMILAR CONCISA | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 4 |
| | TOTAL | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 23 | 25 |
| Total | 1 | 2 | 1 | 34 | 3 | 3 | 25 | 69 | |

Se observan en la diagonal de la tabla las coincidencias de los expertos 1 y 4, que representan las frecuencias de acuerdo.

- ii. Con las categorías agrupadas según concordancia total o similar, parcial y ninguna

| CONCORDANCIA AGRUPADA | | OBSERVADOR 4 | | | Total |
|-----------------------|-----------------|--------------|---------|-----------------|-------|
| | | NINGUNA | PARCIAL | TOTAL Y SIMILAR | |
| OBSERVADOR 1 | NINGUNA | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | PARCIAL | 0 | 3 | 2 | 5 |
| | TOTAL Y SIMILAR | 0 | 0 | 62 | 62 |
| Total | | 1 | 3 | 64 | 68 |

$\mathcal{K} = 0,788$. Concordancia Considerable o sustancial.

Significación estadística $<0,001$

Si calculamos el índice Kappa cuadrático ponderado, recomendado en la aplicación de este estadístico, en múltiples variables, como es el caso, los resultados obtenidos son los siguientes, con todas las categorías de concordancia:

$\mathcal{K} = 0,8827$. Casi perfecta. Error estándar: 0,0967; Intervalo de confianza: 0,95 (0,6933- 1)

Significación estadística $<0,01$

Proporciones de concordancia por categoría

| Categoría | Concordancia observada $\mathcal{K}_{\text{appa}}$ | Interpretación |
|-------------------------|---|----------------------|
| <i>Ninguna</i> | 1 | <i>Casi perfecta</i> |
| <i>Parcial</i> | 0,6667 | <i>Sustancial</i> |
| <i>Parcial Término</i> | - | - |
| <i>Parcial Concepto</i> | 0,5 | <i>Moderada</i> |
| <i>Similar</i> | 0,7429 | <i>Sustancial</i> |
| <i>Similar ampliada</i> | 0,25 | <i>Aceptable</i> |
| <i>Similar concisa</i> | 0,4 | <i>Aceptable</i> |
| <i>Total</i> | 0,8519 | <i>Casi perfecta</i> |

Par II (Observador 2 – Observador 3)

Los resultados obtenidos son los siguientes para un Índice Kappa de Cohen no ponderado:

ii. Con todas las categorías de concordancia

$\mathcal{K} = 0,5593$. Concordancia Moderada.

Error estándar: 0,0802. IC: 0,95 (0,4021-0,7165)

Significación estadística $<0,01$

| CONCORDANCIA | | OBSERVADOR 3 | | | | | | Total | |
|--------------|---------------------|--------------|---------|---------------------|---------|---------------------|--------------------|-------|---------|
| | | NINGUNA | PARCIAL | PARCIAL CONCEPTO | SIMILAR | SIMILAR AMPLIADA | SIMILAR CONCISA | TOTAL | NINGUNA |
| OBSERVADOR 2 | NINGUNA | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | PARCIAL | 0 | 2 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 6 |
| | PARCIAL CONCEPTO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| | SIMILAR | 0 | 1 | 1 | 18 | 0 | 6 | 3 | 29 |
| | SIMILAR AMPLIADA | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | SIMILAR CONCISA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 3 |
| | TOTAL | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 25 | 27 |
| | Total | 1 | 3 | 4 | 22 | 1 | 9 | 29 | 69 |

ii. Con las categorías agrupadas según concordancia total o similar, parcial y ninguna

$\mathcal{K} = 0,579$. Significación estadística $<0,001$

| CONCORDANCIA AGRUPADA | | OBSERVADOR 3 | | | Total |
|-----------------------|-----------------|--------------|---------|--------------------|-------|
| | | NINGUNA | PARCIAL | TOTAL Y SIMILAR | |
| OBSERVADOR 2 | NINGUNA | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | PARCIAL | 0 | 5 | 4 | 9 |
| | TOTAL Y SIMILAR | 0 | 3 | 56 | 59 |
| Total | | 1 | 8 | 60 | 69 |

Si calculamos el índice Kappa cuadrático ponderado con todas las categorías de concordancia, los resultados obtenidos son los siguientes:

$K = 0,7872$. *Considerable o sustancial. Error estándar: 0,0959; Intervalo de confianza: 0,95 (0,5992-0,9752)*

Significación estadística <0,001

Proporciones de concordancia por categoría

| Categoría | Concordancia observada Kappa | Interpretación |
|-------------------------|------------------------------|----------------|
| Ninguna | 1 | Casi perfecta |
| Parcial | 0,2857 | Aceptable |
| Parcial Término | - | - |
| Parcial Concepto | 0 | Leve |
| Similar | 0,5455 | Moderada |
| Similar ampliada | 0 | Leve |
| Similar concisa | 0,2 | Leve |
| Total | 0,8065 | Casi perfecta |

Par Adicional¹⁰ (Observador 3- Observador 4)

Los resultados obtenidos son los siguientes para un Índice Kappa de Cohen no ponderado:

iii. Con todas las categorías de concordancia

$\mathcal{K} = 0,5962$. Concordancia Moderada.

Error estándar: 0,0789. IC: 0,95 (0,4417-0,7507)

Significación estadística <0,001

| CONCORDANCIA | | OBSERVADOR 3 | | | | | | | Total |
|--------------|---------------------|--------------|---------|---------------------|---------|-------------------------|--------------------|-------|-------------|
| | | NINGUNA | PARCIAL | PARCIAL CONCEPTO | SIMILAR | SIMILAR AMPLIAD A | SIMILAR CONCISA | TOTAL | NINGUN A |
| OBSERVADOR 2 | NINGUNA | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | PARCIAL | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | PARCIAL CONCEPTO | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | 4 |
| | SIMILAR | 0 | 0 | 0 | 20 | 0 | 0 | 2 | 22 |
| | SIMILAR AMPLIADA | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | SIMILAR CONCISA | 0 | 0 | 0 | 6 | 1 | 2 | 0 | 9 |
| | TOTAL | 0 | 0 | 0 | 5 | 0 | 1 | 23 | 29 |
| Total | | 1 | 2 | 1 | 34 | 3 | 3 | 25 | 69 |

iii. Con las categorías agrupadas según concordancia total o similar, parcial y ninguna. $\mathcal{K} = 0,579$. Significación estadística <0,001

| CONCORDANCIA AGRUPADA | | OBSERVADOR 3 | | | Total |
|-----------------------|-----------------|--------------|---------|--------------------|-------|
| | | NINGUNA | PARCIAL | TOTAL Y SIMILAR | |
| OBSERVADOR 2 | NINGUNA | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | PARCIAL | 0 | 5 | 3 | 8 |
| | TOTAL Y SIMILAR | 0 | 4 | 56 | 60 |
| Total | | 1 | 9 | 59 | 69 |

¹⁰ Par de expertos con experiencia de > 10 años en Gestión. Este par lo conforman un experto del ámbito docente y 1 experto del ámbito asistencial.

Si calculamos el índice Kappa cuadrático ponderado con todas las categorías de concordancia, los resultados obtenidos son los siguientes:

$K = 0,7591$. *Considerable o sustancial. Error estándar: 0,1521;*

IC: 0,95 (0,1521-0,461)

Significación estadística <0,001

Proporciones de concordancia por categoría

| Categoría | Concordancia observada Kappa | Interpretación |
|-------------------------|------------------------------|----------------|
| Ninguna | 1 | Casi perfecta |
| Parcial | 0,6667 | Sustancial |
| Parcial Término | - | - |
| Parcial Concepto | 0,25 | Aceptable |
| Similar | 0,5556 | Moderada |
| Similar ampliada | 0,3333 | Aceptable |
| Similar concisa | 0,2 | Leve |
| Total | 0,7419 | Sustancial |

La muestra de diagnósticos NANDA, como ya se ha visto, forma parte del conjunto de diagnósticos enfermeros que conforman los planes de cuidados estandarizados (PCE). Como tales, son una estimación de los problemas y estados, que son comunes a un determinado grupo de pacientes y a un determinado tipo de patología y/o procedimiento.

En este caso como en otros proyectos, nos hemos servido del sistema de clasificación de pacientes Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD), como instrumento que nos proporciona la información sobre el grupo de pacientes y al que vinculamos el conocimiento enfermero, para cuidarlos y tratarlos durante su estancia hospitalaria. Por un lado, ese vínculo con los GRD, puede permitir la codificación y el registro de todos los cuidados enfermeros que haya recibido el paciente durante su estancia, y por tanto, dar a conocer “lo que produce”, “lo que vale”, “lo que se necesita” o “lo que resulta del cuidado enfermero”. De otro lado, dichos planes de cuidados (PCE) representan guías de referencia en la clínica para la planificación integral e individualizada, que utilizan lenguajes normalizados, estandarizados o controlados, como hemos visto que se les denomina indistintamente. Es decir, que si bien, no necesariamente, es más, de forma poco probable, todos los diagnósticos que incluye el PCE, van a ser utilizados con cada paciente, si es necesario que estén presentes con la finalidad de abarcar todos los casos y todas las situación asociadas a ese GRD. De ahí que pueda llamar la atención el número de diagnósticos asociados a algunos GRD o la presencia frecuente de algunos de ellos.

Con el objeto de profundizar un poco más en esta cuestión se ha estudiado la posible relación de algunos indicadores relacionados con la casuística en la Atención Especializada, como los días de estancia (estancia media) o el peso, que representa la complejidad de la atención de un

determinado grupo de pacientes (GRD), con los diagnósticos enfermeros correspondientes a cada grupo.

Antes de entrar a discutir los resultados obtenidos a este respecto, dejaremos constancia del escepticismo sentido “a priori” con respecto a encontrar relaciones significativas y fundamentadas. Habitualmente es escasa la codificación del cuidado enfermero en cuanto que forma parte de los procesos de atención ya sean más o menos complejos y por tanto, su contribución al peso del GRD, aunque es indudable la repercusión de dicha complejidad (generalmente diagnósticos complejos o procedimientos quirúrgico)¹²⁰, en el estado, en la repercusión y en la intensidad y/o complejidad en el paciente, y por tanto, en el conjunto del cuidado enfermero.

A pesar de no contar con el cuidado en dicho peso/complejidad, la correlación obtenida mediante el coeficiente Rho de Spearman, es significativa ($p < 0,01$) de forma bilateral en las tres variables, peso/estancia hospitalaria (0,856, muy alta), diagnósticos/estancia (0,723, alta) y entre el peso y los diagnósticos (0,579, moderada)

Los PCE, son parte fundamental, con las taxonomías de terminología clínica, de las bases de conocimiento que utilizan los sistemas informáticos para la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación de, en este caso, el cuidado enfermero. Su normalización e implementación en los distintos centros sanitarios es algo que se persigue desde hace años y que continúa siendo objetivo de políticas y estrategias en nuestro ámbito profesional. El lenguaje profesional está relacionado con la utilización precisa y adecuada de estos sistemas, en el contexto asistencial y en las condiciones del entorno clínico.

Los lenguajes estandarizados de Enfermería son objeto de múltiples estudios en el ámbito internacional, a los que ya se ha aludido en numerosas ocasiones. Dichos estudios enfocan su investigación en una gran variedad de temas generales relacionados de una forma u otra con el lenguaje o las clasificaciones de lenguaje enfermero, desde los más generales, como los que se refieren a ámbitos de aplicación, pertinencia de utilización, modelos enfermeros, implicaciones en la práctica o la docencia, dificultades en su uso o implantación de sistemas, a los más específicos sobre el lenguaje, sobre la terminología. Centrándonos en estos últimos encontramos como protagonistas principales los de correspondencia cruzada, mapeo o cross-mapping, concordancia o equivalencia terminológica, entre el lenguaje natural profesional y lenguajes estandarizados, entre taxonomías o sistemas unificados de lenguaje enfermeros y multidisciplinares.¹²¹

Los estudios de concordancia terminológica, a pesar de ser numerosos, no siempre están documentados al nivel de detalle que deseáramos los que tenemos la inquietud de investigar en este campo, con el fin de poder contrastar un mayor número de datos resultantes de la investigación. Nos referimos fundamentalmente al “modus operandi” de las correspondencias cruzadas manuales, a la metodología empleada o a los sistemas de control como la validez de los instrumentos de medida o la confiabilidad de la concordancia inter-observadores. Destaca el tratamiento estadístico descriptivo de frecuencias y la referencia a la utilización de un índice de Kappa aceptable de alrededor de 0,70. Los estudios de mapeos a través de herramientas o sistemas operativos informáticos, como SNOMED CT, generalmente, están más documentados en ese sentido^{122,123}.

Otra cuestión a tener en cuenta es el tipo de diagnóstico como unidad terminológica, por tanto es preciso considerar el conjunto de etiqueta, del nombre y de la definición o descripción. El término que lo nombra puede llevar implícito el significado pero a la hora de buscar su correspondencia semántica hay que valorar la forma y el detalle con que expresa, define o describe el concepto al que representa.

Algunos estudios parten de la forma de enunciar el diagnóstico, de las directrices que recomienda la taxonomía o el sistema de lenguaje para su composición. Esta condición es bastante frecuente en la búsqueda de correspondencia semántica con la CIPE.

Se puede enfocar desde distintas perspectivas, como la elaboración de diagnósticos CIPE desde los términos o expresiones más habituales en un determinado contexto, ámbito o que proceden de la jerga profesional, cuya finalidad es estandarizar o normalizar ese lenguaje.

Otra perspectiva es “convertir” las denominaciones diagnósticas de una taxonomía, como NANDA, en otro sistema, como CIPE. En este caso es obligado establecer mecanismos que aseguren cuestiones como distinguir entre esas expresiones y los “términos”, donde la definición conceptual tiene un protagonismo principal, constituyendo término y significado una relación, como ya se ha dicho, unívoca y monosémica.

Uno de los riesgos que conlleva “construir a imagen y semejanza” es reproducir la taxonomía de origen, lo que parece no tener mucho sentido, porque para eso ya se dispone de la original.

Sin embargo actualmente es real y perentoria la necesidad de trabajar en esta línea de investigación. Los distintos Sistemas Informáticos de Salud (SIS), la historia clínica electrónica (HCE), el CMBD y fundamentalmente, el disponer, consultar e intercambiar datos de los pacientes, con los pacientes, o en beneficio del avance del

conocimiento, la gestión o investigación, son motivos que justifican su pertinencia.

Otras necesidades tienen que ver con la falta de adherencia en la utilización de determinadas taxonomías que se identifican como poco apropiadas para la denominación del trabajo clínico y que han motivado la puesta en marcha de estrategias alternativas, como el uso de lenguajes de interfase compatibles con dichas taxonomías, que según referencian, facilitan la denominación del juicio clínico enfermero de forma más acorde con el idioma y contexto.

En este caso se realiza el estudio de concordancia a través del análisis de la equivalencia semántica entre dos terminologías normalizadas, que presentan diferencias sustanciales entre sí, como ya se ha visto, pero en las que los diagnósticos han sido preestablecidos, estudiados y aprobados conforme a la misma norma ISO (1804:2003), que establece los criterios para el enunciado del diagnóstico.

5.3 Grado de concordancia. Instrumento de medida

Tras la revisión de la literatura al respecto, se constatan los distintos tipos empleados en la forma de expresar el nivel de medida de la concordancia, tanto en lo que respecta al número de las categorías definidas como a su definición. Concordancia total o exacta, similar, ninguna, uno a uno, uno a varios, son algunas de ellas.^{Error! Marcador no definido.}

En este trabajo se definen ocho categorías con términos que abarcan desde la concordancia total, la sinonimia o características de parcialidad, hasta la falta absoluta de concordancia expresada por el término ninguna. Todas las categorías están definidas, son excluyentes y reúnen las características de suficiencia, claridad, coherencia y relevancia, a juicio de los expertos (IVC: 100%. Acuerdo absoluto). El número y definición de las categorías responde a la finalidad de obtener la información de forma detallada y precisa.

Concordancia inter-diagnóstica

Se realiza un primer análisis de la concordancia inter-diagnóstica mediante el cálculo de frecuencias absolutas y relativas, por categoría de concordancia y por observador/experto¹¹, destacando el número de veces que los observadores han calificado la concordancia como total (equivalente en

¹¹ Denominamos al grupo de expertos, como observadores o expertos indistintamente.

nombre y concepto) o similar (equivalentes en nombre a través de sinónimos del término NANDA y con el mismo significado). Complementan estas categorías en menor proporción Similar ampliada y Similar concisa. La categoría con mayor número de casos es la Similar, seguida de Total, Similar concisa¹² y, en menor número ampliada. En cualquiera de los casos todas ellas indican concordancia.

Las diferencias entre total y similar en bastantes ocasiones las determina la acepción del término o parte de la unidad terminológica utilizada en la traducción CIPE, con respecto a la utilizada en la taxonomía NANDA. No hay que olvidar que el idioma original es el inglés y, a pesar de que el CIE regula las traducciones de la CIPE mediante documentos normativos y grupos de trabajo, las expresiones utilizadas no siempre coinciden con la más habitual o incluso idónea en nuestro ámbito o, al contrario, no se ajusta a la etiqueta NANDA por ese motivo. Esta cuestión que sucede con los sinónimos, puede afectar de diferente forma si la acepción del vocablo en inglés no corresponde con un sinónimo del diagnóstico de referencia, pudiendo ser interpretado como no concordante.

Para evitar este tipo de factores se ha profundizado en los términos CIPE, revisando cuanto ha sido necesario los diagnósticos en el idioma de procedencia.

El resto de categorías obtiene una frecuencia inferior, siendo la más numerosa en casos, Parcial, que corresponde con la más genérica y con la que se identifican aquellos términos que denotan alguna imprecisión tanto en el término como en la definición. Los parciales complementarios si permiten

¹² En otras categorías de otros estudios se emplea el término "concreto" como preciso detallado, lo que no implica concisión. En este caso optamos por conciso como breve y preciso

especificar dicha imprecisión, ya sea en la etiqueta (Parcial concepto: concuerda con la definición conceptual) o en la definición (Parcial término: concuerda con la etiqueta o término), si bien llama la atención la ausencia de ningún diagnóstico en esta categoría. Este grupo, junto con Ninguna, constituye el conjunto de categorías que indican que no existe concordancia.

En consecuencia, en función de las frecuencias obtenidas, del total de 276 términos diagnósticos CIPE analizados, 250 (90,58%) son concordantes de acuerdo a las categorías Total, Similar, Similar ampliada y Similar Concisa, mientras que 26 (9,42%) no lo son por imprecisión (Parcial, Parcial término y Parcial Concepto) o no presentar ningún tipo de concordancia (Ninguna). Kim et al. 2012,¹¹¹ refieren un porcentaje no superior al 50% en la correspondencia cruzada entre CIPE y NANDA. Hyun y Park, en 2002¹²⁴, en cambio describían un 82% de correspondencia entre los diagnósticos de las dos clasificaciones

Con la finalidad de conocer el grado de concordancia en el análisis de los términos y su clasificación en las diferentes categorías, eliminando las posibilidades de coincidencia por azar, se utiliza el Índice Kappa de Cohen aplicado a los resultados obtenidos por los pares establecidos de observadores.

Se realizan tres mediciones por par, de características diferentes. Una primera por par y todas las categorías, la segunda con categorías agrupadas en Concordancia y No Concordancia y una tercera utilizando el Índice de Kappa ponderado, recomendado en casos como éste en que el número de categorías es muy numeroso, pudiendo repercutir de diferente forma en la concordancia observada. No tendrá la misma relevancia un diagnóstico clasificado como Similar Ampliado, categoría que es considerada como concordante, que si se califica como Parcial, que, por el contrario, debido a su imprecisión como ya se ha dicho, se considera carente de concordancia.

En todos los casos es estadísticamente significativo observándose un incremento de la concordancia en función de la aplicación del estadístico, destacando los resultados del Índice Kappa Cuadrático Ponderado.

Relacionando el par de observadores con su ámbito de trabajo habitual los resultados fueron ligeramente superiores en el caso del ámbito asistencial (0,88), seguido del docente (0,78) y el de gestión (0,75).

En las concordancias observadas por cada categoría, sí se observan variaciones sobre todo en las categorías que implican mayor precisión o detalle. Por ejemplo similar ampliada y concisa obtienen un kappa sólo aceptable, mientras que el resto se mueve entre “casi perfecta, moderada y sustancial”. Esto es más acusado en los otros dos pares, observándose distintas categorías con un kappa de 0 - 0,2, en el segundo par, que concentra sus resultados en total y similar fundamentalmente. En el tercer par sólo hay un ítem con Kappa

leve (similar concisa), si bien sus puntuaciones más bajas coinciden con Parcial concepto y Similar ampliada.

Estos datos unidos a la ausencia de términos en Parcial término, debe hacernos pensar por una parte, en la valoración del nivel de abstracción de categorías para sucesivos trabajos y, por otra, que, como ya es sabido, la concordancia no implica necesariamente que los observadores que coinciden acierten en sus análisis. Pueden ser absolutamente concordantes pero su opinión errónea a juicio de otros.

Los resultados generales de la fiabilidad inter-observador en cualquier caso son acordes con los definidos como recomendables por diferentes estudios, que establecen un Kappa $>$ o igual a 0,7, validando que la concordancia observada no se debe al azar.

Un punto de especial importancia para este estudio, es la selección, por parte de cada uno de los observadores, del diagnóstico CIPE que consideran equivalente al correspondiente diagnóstico NANDA. Esta premisa es la base que fundamenta la comparación o correspondencia cruzada. Si la selección fuese errónea el resto del proceso de búsqueda de la concordancia no tendría sentido.

Las diferencias entre los dos lenguajes normalizados, NANDA y CIPE, parten de la base de ser dos tipos de terminologías diferentes.

La NANDA, es considerada una terminología enumerativa, es decir, relaciona conceptos complejos. La CIPE se considera una terminología combinatoria, articula conceptos simples que pueden combinarse para construir conceptos más complejos.

Sin embargo en la actualidad, la CIPE establece de forma predeterminada, los “conceptos complejos”, en sus catálogos de diagnósticos, intervenciones y resultados. Estos catálogos son elaborados por distintos equipos, están basados en los conceptos de un sistema multiaxial, conforme a un proceso normalizado (ISO). Como ya se ha dicho en la introducción, actualmente, en lo que se refiere a la estructura, son muchos más los puntos de semejanza entre estos dos lenguajes que hace algunos años.

No obstante, en lo que se refiere al desarrollo conceptual, sigue habiendo una gran diferencia entre una y otra clasificación. El nivel de detalle en la definición de los conceptos diagnósticos y el conocimiento relacionado con cada uno de ellos, es algo de lo que hoy por hoy, en la clasificación general, no dispone CIPE, en la forma en que lo presenta NANDA.

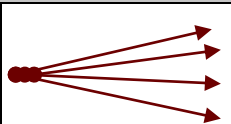

Esto supone de por sí una dificultad añadida a la falta de conocimiento de la Clasificación, que sin duda no es el mismo que con respecto a la NANDA.

La tarea de búsqueda del concepto diagnóstico y, con frecuencia de la definición en distinto nivel (clases ascendentes o descendentes) no siempre es fácil y sin embargo resulta fundamental la precisión en este sentido. Con todo, el número de diagnósticos CIPE equivalentes al referente NANDA ha sido muy superior al de aquellos diagnósticos que se han enunciado de forma imprecisa o no se ha encontrado ninguno equivalente.

Hay que destacar que se han seleccionado sólo diagnósticos predeterminados, a los que en contados casos se ha asociado algún término más para alcanzar el nivel de detalle NANDA. En el siguiente ejemplo, vemos como el término Insomnio se vincula al deterioro del sueño, para especificar el tipo de problema.

| NANDA | RELACIÓN | CIPE |
|-------------|----------|--|
| E: Insomnio | | T: Deterioro del sueño: Insomnio FOCO: Insomnio |

Por el contrario, en otras ocasiones, la falta de concordancia se ha debido al nivel de especificidad de la CIPE en contraposición a algunos diagnósticos NANDA de un mayor nivel de abstracción. A continuación vemos dos ejemplos

| NANDA | RELACIÓN | CIPE |
|--------------------------------------|---|--|
| Exceso de volumen de líquidos |  | Desequilibrio de líquidos: Sobrehidratación isotónica Sobrehidratación isotónica Edema Hipervolemia |
| Déficit de autocuidado: alimentación |  | Déficit de autocuidado: alimentarse Deterioro de la capacidad para alimentarse |

En uno de los casos se utilizaron dos diagnósticos CIPE para un solo diagnóstico NANDA

| NANDA | RELACIÓN uno a dos | CIPE |
|---|-----------------------|---|
| E: Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos | | T: Riesgo de exceso de volumen de líquido T: Riesgo de volumen de líquido deficiente |

En general, se establece concordancia con 68 diagnósticos y sólo en un caso, de forma unánime, los observadores no identifican ningún diagnóstico CIPE equivalente al NANDA correspondiente.

Es el caso del diagnóstico NANDA, Riesgo de nivel de glucemia inestable. En el eje de diagnósticos CIPE, los diagnósticos relacionados con este problema son todos reales, como se expone a continuación, no se ha encontrado ninguno de riesgo. Sin embargo, siguiendo las directrices CIPE y de la ISO correspondiente, se podría enunciar como: Riesgo de alteración del nivel de glucosa en sangre o del nivel de glucemia o Riesgo de nivel de glucemia inefectiva.

| NANDA | RELACIÓN | CIPE |
|---------------------------------------|----------|---|
| Riesgo de nivel de glucemia inestable | Ninguna | Nivel de glucosa sanguínea normal Nivel de glucosa sanguínea efectiva Hiperglucemia Hipoglucemia |

La CIPE incluye una gran relación de términos que pretende satisfacer todas las necesidades en la denominación de fenómenos y acciones de Enfermería. No obstante hay que distinguir entre los términos de la clasificación (más de 3894 conceptos únicos), y los diagnósticos predeterminados (más de 800).

En un intento por aproximarnos a la funcionalidad del lenguaje estandarizado, sólo, como ya se ha dicho, se han utilizado diagnósticos ya predeterminados en los catálogos CIPE, sin utilizar la posibilidad de

elaboración del diagnóstico con vistas a la obtención de la concordancia buscada.

A destacar el número de diagnósticos (61%) en que los cuatro expertos coincidieron por una parte en seleccionar el mismo diagnóstico CIPE y por otra calificar de la misma manera la concordancia presente en la correlación. Este hecho puede ser un indicador de las posibilidades de correspondencia y equivalencia de los dos lenguajes.

5.6 Consideraciones y reflexiones a propósito del juicio de los observadores/expertos

- “ Algunos diagnósticos NANDA se pueden relacionar con más de un diagnóstico CIPE”

Hemos visto más de un ejemplo en este sentido y esto puede suponer una dificultad a la hora de seleccionar un concepto que tenga un solo nombre y significado (unívoco y monosémico).

Los diferentes niveles de abstracción que puede abarcar un determinado concepto, con un mismo significado general, provoca la existencia de distintos términos para nombrar los estados más específicos. Por ejemplo para nombrar una situación NANDA que conlleva un exceso de peso, en la edición 2012-2014, utilizaríamos Desequilibrio nutricional: exceso de peso, sin embargo cuando buscamos la correspondencia en CIPE, nos encontramos con diferentes alternativas que nos permiten individualizar y especificar el estado en su denominación diagnóstica: Sobrepeso, obesidad^{13,125}, deterioro por alta ingesta, deterioro del peso. Lo mismo ocurría con el ejemplo descrito sobre el autocuidado: Déficit de autocuidado: alimentación puede corresponder a “deterioro de la capacidad para alimentarse” o a “déficit de autocuidado: alimentarse”, ambos estados que estando implícitos en el diagnóstico NANDA, este no nos permite especificar, siendo motivo de incertidumbre y debate en algún momento si la cuestión del déficit de autocuidado ha de implicar necesariamente “incapacidad” o puede responder a otras cuestiones como una prescripción

¹³ La NANDA-I, en su edición 2015-2017, suprime el diagnóstico desequilibrio nutricional por exceso y, en cambio, incluye los de Sobrepeso y Obesidad.

de reposo. Otro ejemplo es el riesgo de infección que especifica como infección cruzada, de la mucosa oral u ocular, o la diferenciación que establece entre Fiebre e Hipertermia que en cambio NANDA, agrupa en un solo diagnóstico.

Si el planteamiento fuera a la inversa ¿Supondría las mismas dificultades? Relacionar estados más específicos CIPE, con la taxonomía NANDA, probablemente sea menos complejo y permita asociar distintos fenómenos enfermeros concretos y precisos, en un contexto conceptual, definido y estructurado que abarque a todos ellos.

- *La CIPE incluye en sus diagnósticos, estados o problemas que, desde una perspectiva teórica más que práctica, se califican como dependientes o en el mejor de los casos problemas de colaboración, como "infección urinaria".*

Lo anterior puede resultar contradictorio e incoherente con una perspectiva sobre el diagnóstico enfermero que implique sólo el cuidado específico e independiente. En cambio, son numerosísimas las ocasiones en las que los profesionales de Enfermería se encuentran en situaciones del ámbito multidisciplinar, en las que hay que tomar decisiones, que afectan al estado de los pacientes y que no necesariamente invaden competencias ajenas. La toma de decisiones fundamentada en conocimiento y llevada a cabo mediante un razonamiento crítico, implica identificar estados, problemas o patologías que aunque el tratamiento principal sea el del médico, requieran de intervención enfermera.

De hecho, actualmente no deja de revisarse el concepto de diagnóstico enfermero con la finalidad de abarcar otros problemas que en la práctica la enfermera identifica y atiende, ya sea en una medida o en otra, y por tanto, en la medida en la que intervenga, también serán de su responsabilidad. En este sentido Alfaro propuso como ejemplo de nueva definición de diagnóstico enfermero: "Cualquier problema que la enfermera es responsable de manejar, basándose en la legislación vigente, su cualificación

y las políticas y procedimientos”, que si comparamos con la actual de NANDA-I, podemos observar que no entra en contradicción.

- *“En algunos diagnósticos se observan distintas acepciones en la traducción de un mismo término para un mismo contexto”, “Hay acepciones que incluye la traducción del término que no aparecen en CIPE y, de utilizarse, se alcanzaría en algunos casos la concordancia total o exacta”*

Efectivamente, como ya se ha comentado, es necesario realizar revisiones de algunas traducciones que figuran en un mismo diagnóstico, con el mismo significado pero no el mismo término. Por ejemplo distintas acepciones del término *distrés* en la versión real y de riesgo del diagnóstico *Sufrimiento espiritual* (*Angustia espiritual*, *Riesgo de Aflicción espiritual*). Diferencias en cuanto a la traducción que dificultan la comprensión y la correspondencia terminológica y conceptual: *“neglect”*: abandono, descuido, desatención. En desatención unilateral vs. descuido unilateral), *fear*: miedo, temor o la utilización de sinónimos en los denominados “diagnósticos positivos” que no se utilizan en los negativos como la acepción inefectiva del término *impaired*: “limpieza efectiva de vías aéreas” pero no “despeje inefectivo de las vías aéreas” .

Como hemos visto, las posibilidades de utilización pero también las incertidumbres y los interrogantes son múltiples. En cualquier caso es evidente que estudios de esta naturaleza continúan siendo imprescindibles para llegar a la evidencia de un lenguaje enfermero controlado y normalizado que permita que nominemos lo que nadie como nosotros dominamos: el cuidado enfermero.

Capítulo 6. Conclusiones

1. La Taxonomía NANDA I. Diagnósticos enfermeros. Definición y clasificación. 2012-2014 y la Clasificación para la Práctica de Enfermería CIPE versión 2. 2015, son dos lenguajes enfermeros normalizados, semánticamente compatibles para realizar correspondencias cruzadas entre sus términos, en el contexto de la investigación terminológica
2. De 276 términos diagnósticos CIPE analizados, 250 (90,58%) son equivalentes de acuerdo a su concordancia total o similar, mientras que 26 (9,42%) no lo son por imprecisión, en 25 casos, o por no presentar ningún tipo de concordancia, sólo en 1 caso.
3. Los índices Kappa de la concordancia inter-observador obtienen puntuaciones de 0,75-0,78 y 0,88, en un rango de interpretación de “sustancial a casi perfecto”
4. Los resultados generales de la fiabilidad inter-observador son acordes con los definidos como recomendables por diferentes estudios, que establecen un Kappa $>$ o igual a 0,7, validando que la concordancia observada no se debe al azar
5. En las concordancias por categoría, se observa un descenso del índice kappa en las que implican mayor precisión o detalle, como similar ampliada o concisa que obtienen un kappa sólo aceptable
6. Considerar la definición conceptual, además de la etiqueta diagnóstica es determinante en la identificación y comparación de los términos así como en los resultados de concordancia
7. El idioma de origen y las traducciones en cada uno de los destinos limita las acepciones condicionando algunas sinonimias
8. Correlacionar los diagnósticos CIPE a NANDA como patrón oro, conlleva dificultades asociadas fundamentalmente, a un mayor nivel de abstracción de la NANDA, frente a una mayor especificidad de la CIPE, precisando en algún caso más de un diagnóstico CIPE para uno NANDA
9. Aún así, de los 69 diagnósticos NANDA, en 42 casos fueron seleccionados los correspondientes diagnósticos CIPE, de forma univoca

y unilateral, coincidiendo al 100% en el término y descripción, así como en el nivel positivo de concordancia.

10. Los diagnósticos enfermeros NANDA y CIPE disponen del grado de concordancia necesario para ser considerados semánticamente equivalentes

Referencias bibliográficas

¹Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería. BOE nº 269 de 9 de noviembre de 2001; 40986-99.

²LEY 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE núm. 280. Sábado 22 noviembre 2003.

³ LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE 274 de 15 de noviembre de 2002.

⁴ ORDEN CIN/2134/2008, de 3 de julio. BOE núm. 174. Sábado 19 de julio de 2008.

⁵ Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. BOE 225. Jueves, 16 de septiembre de 2010.

⁶López-Parra M, Santos-Ruiz S, Varez-Peláez S, Abril-Sabater D, Rocabert-Luque M, Ruiz-Muñoz M, Mañé-Buxó N. Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial. *Enferm Clin.* 2006; 16(4):218-21.

⁷ Fawcett, J. *Analysis and evaluation of conceptual models.* 3th ed. Philadelphia: F. A. Davis Company; 1995.

⁸ Hernández-Conesa, JM, Moral de Calatrava, P, Estéban-Albert, M.
Fundamentos de la Enfermería: Teoría y Método. McGraw-Hill Interamericana
de España, 2002

⁹ Yura H, Walsh MB. The Nursing Process. Washington. Appleton-Century-
Crossfts; 1967

¹⁰ Luis Rodrigo, MT, Fernández Ferrín, C, Navarro Gómez, MV. De la teoría a la
práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona:
Elsevier-Masson; 2007

¹¹ Alfaro-Lefevre R. Pensamiento crítico y juicio clínico en Enfermería. Un
enfoque práctico para un pensamiento centrado en los resultados. 4^a ed.,
Barcelona: Elsevier-Masson, 2009.

¹² Berman A, Snyder SJ, Koziar B, Erb G. Fundamentos de Enfermería.
Conceptos, proceso y prácticas. 9^a ed., Madrid: Pearson, 2012.

¹³Diers, D. To Profess-To Be a Professional. J Nurs Adm 1986; 16(3): 25-30.

¹⁴Paul R, Elder L. La mini-guía para el pensamiento crítico. Conceptos y
herramientas. Fundación para el pensamiento crítico, 2003 [citado el 17 de

noviembre de 2014]. Disponible en:
<http://www.criticalthinking.org/resources/PDF/SP-ConceptsandTools.pdf>

¹⁵Paul R, Elder L. *Lectura crítica*. Eduteka, 2003 [citado el 17 de noviembre de 2014].
Disponible en: <http://www.eduteka.org/pdfdir/LecturaCritica.pdf>

¹⁶ Facione, PA. *Critical Thinking : A statement of expert consensus for purposes of educationall assessment and instructions*. Research findings and recommendations. [Internet]Millbrae, CA : The California Academic Press ; 1990 [citado 18 de noviembre de 2014]. Disponible en:
<http://www.insightassessment.com/articles.html>

¹⁷Benavent Garcés MA, Ferre Ferrandis E, Francisco Rey C. *Fundamentos de enfermería*. 2ªed, Madrid: DAE; 2005.

¹⁸ Lázaro J, Hernández-Clemente JC. Los límites de la racionalidad médica. *JANO, Medicina y Humanidades*. 2010;(1.763):89-92.

¹⁹ Alfaro-Lefevre, R. *El pensamiento crítico en Enfermería: un enfoque práctico*. Barcelona; Masson. 1997.

²⁰Alfaro-Lefevre R. *Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración*. 5ª ed. Barcelona:Elsevier; 2007.

²¹ Alfaro-Lefevre R. Aplicación del proceso enfermero. Fundamento del razonamiento clínico. 8ª ed. Barcelona:Wolters Kluwer; 2014.

²² Casanova Férreas ES. Ciclo del Crecimiento de los Conocimientos de Enfermería Desarrollo Cientif Enferm.[Internet]. Nov-Dic 2007. [citado 2 de diciembre de 2013];15(10):454-56. Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/15/r15-454.php>

²³ Gordon M. Diagnóstico de enfermería. Proceso y Aplicación. 3ª ed. Madrid: Mosby - Doyma Libros; 1996.

²⁴ Potter PA, Perry AG, Stockert P, Hall A. Essentials for Nursing Practice. : Elsevier Health Sciences; 2014.

²⁵ Morán Peña L, González Velázquez S, Espinosa Olivares A, Sotomoyor Sánchez SM, León Moreno Z, Esquivel Ayala I. El Razonamiento Clínico. Una Aproximación Conceptual como Base para la Enseñanza de la Enfermería. Desarrollo Cientif Enferm. [Internet].Nov-Dic 2008. [citado 2 de diciembre de 2013];16(10):446-51. Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/16pdf/16-446.pdf>

²⁶Madrimasd.org [Internet]. Fundación para el Conocimiento madri+d. Sánchez Prieto, GA. No se domina lo que no se nomina. 17 de noviembre de 2009.

[citado el 17 de noviembre de 2013] [aprox. 1 pantalla]. Disponible en:
<http://www.madrimasd.org/informacionidi/noticias/noticia.asp?id=40741>

²⁷ Zarco Weidner J. Elaboración de terminologías en lengua española. III Relaciones entre terminologías españolas y fuentes terminológicas en otras lenguas. Instituto de Información y Documentación en Ciencia y Tecnología (ICYT). Madrid-España. I Simposio de RITerm- Caracas;1988.

²⁸ Cabré MT. La terminología. Teoría, metodología y aplicaciones. Barcelona: Antártida; 1993

²⁹ Cabré MT. Elementos para una teoría de la terminología: hacia un paradigma alternativo. El Lenguaraz. Revista académica de traductores públicos de la Ciudad de Buenos Aires. 1998;1(1):59-78

³⁰ Hoffman L. Llenguatges d'especialitat. Selección de textos. En: Jenny Brumme editor. Actes del col.loqui. La història dels llenguatges iberoromànics d'especialitat (segles XVII-XIX) solucions per al present Barcelona: Institut Universitari de Lingüística Aplicada, Universitat Pompeu Fabra; 2010. p. 21-114

³¹ Rivero Cuadrado A, Pajares Costal C, Pacheco del Cerro E., Rodríguez Gómez JA, Cozar Ruiz R, Cobos Serrano, JL et al. Proyecto NIPE: Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consejo General de Enfermería; 2002.

³² Juvé i Udina ME. Evaluación de la validez de una terminología enfermera de interfase [Tesis]. Universidad de Barcelona; 2012.

³³ Pérez Rivas FJ. Evaluación de la utilización de la metodología de Enfermería en Atención Primaria y su repercusión en los indicadores de resultados en salud de la población [Tesis]. Universidad Complutense de Madrid; 2014

³⁴ Currell R, Urquhart C. Sistemas de registro de enfermería: efectos sobre la práctica de la enfermería y resultados en la asistencia sanitaria (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus [Internet]. 2008 (4). Oxford: Update Software Ltd. [citado el 12 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=720322&DocumentID=CD002099>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons).

³⁵ Del Olmo-Núñez SM, Casas-de la Cal L, Mejías-Delgado A. El registro de enfermería: un sistema de comunicación. *Enferm Clin*. 2007;17(3):142-5.

³⁶ Fernández-Pérez JM, Paneque-Sánchez-Toscano I, González-Cotána F, Carmen Pinilla-Jiménez C. Registro de cuidados para pacientes tratados en un laboratorio de electrofisiología. *Cardiocre*. 2011;46(3):e45-e50

³⁷ Organización Mundial de la Salud [Internet]. Informe del Consejo ejecutivo 118. "Cibersalud: Terminología Normalizada". 25 de mayo de 2006.EB 118/8. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/24087/1/B118_8-sp.pdf

³⁸ Romero Gutiérrez A. TERMINOLOGÍAS: SNOMED CT. Proyecto HCDSNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. En Monografía: Manual práctico de interoperabilidad semántica para entornos sanitarios basada en arquetipos. Instituto Carlos III; 2013 [Citado 3 de septiembre de 2014]. Disponible en: <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=29/11/2013-45c9ee530c>

³⁹Hernández de la Rosa Yurima, Moreno Martínez Francisco, Fernández Peraza Ana. Consideraciones acerca del lenguaje especializado médico: nivel léxico-semántico. MediSur [Internet]. 2010 Jun [citado el 22 de septiembre de 2014];;8(3):69-71.Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-97X2010000300014&lng=es.

⁴⁰ TicSalut. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. [Internet]. Rius A. La semàntica a salut. 2012 [citado 3 de septiembre de 2014]. Disponible en: <http://blocs.tecnocampus.cat/centre-competencies-integracio/2012/01/24/la-semantica-a-salut-i/>

http://www.ticsalut.cat/estandards/terminologia/recursos/es_la-semantica-a-salut/

⁴¹ Lopez Osornio A, Gambarte ML, Otero C, Martinez M, Soriano E, Luna D, et al. Implantación de Servicios Terminológicos en un Sistema de Información Hospitalaria. Departamento de Información Hospitalaria Hospital Italiano de Buenos Aires. Disponible en: <http://www.sbis.org.br/cbis/arquivos/763.pdf>

⁴² Cuesta García Y. Terminología, clasificación e informática en Enfermería. Sesión científica SOCIM-ENF. OCTUBRE 2013 (PPT). Disponible en: <http://www.socim.sld.cu/conferencias/Terminolog%C3%ADa%20Clasificaci%C3%B3n%20Enf1.pdf>

⁴³ Santamaría Pérez I. La terminología y los términos. Repositorio de la universidad de Alicante [Internet]. 2006. [citado 15 de julio de 2014]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10045/12767>

⁴⁴ Muñoz Carrero A. Introducción. En Monografía: Manual práctico de interoperabilidad semántica para entornos sanitarios basada en arquetipos. Instituto de Salud Carlos III; 2013 [citado 3 de septiembre de 2014]. Disponible en: <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=29/11/2013-45c9ee530c>

⁴⁵ TicSalut. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. [Internet]. Rius A. La semàntica a salut. 2012 [citado 3 de septiembre de 2014]. Disponible en:

<http://blocs.tecnocampus.cat/centre-competencies-integracio/2012/01/24/la-semantica-a-salut-i/>

⁴⁶ Ministerio de Sanidad y Consumo. SNOMED CT. Disponible en:

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/hcdsns/areaRecursosSem/snomed-ct/home.htm>

⁴⁷ Mauro A. Implementación de servicios terminológicos en un sistema de información hospitalaria. CBIS 2006. X Congresso Brasileiro de Informática em Saúde "Informática em Saúde e Cidadania" 14 a 18 de outubro de 2006

Florianópolis (ppt). Disponible en:

<http://www.sbis.org.br/cbis/pdfs/SO%2008%20-%20Segunda%2014h%20-%201%20-%20Mauro%20Alejandro%20%20-%20Terminologia%201400h.pdf>

⁴⁸ Romero Gutiérrez A, Varela Núñez C. Políticas de Normalización de Terminología Principios y Estrategias de Interoperabilidad Semántica para los Sistemas de Información Clínicos del SNS. Proyecto historia clínica digital para el sistema nacional de salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. 2014 [citado 3 de septiembre de 2014]. Disponible en:

http://www.msssi.gob.es/profesionales/hcdsns/areaRecursosSem/FactoriaDocs/MSSSI_PNT_20140630.pdf.

⁴⁹ *TicSalut. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. [Internet]. Rius A. SNOMED CT. 2012 [citado 3 de septiembre de 2014]. Disponible en:*

<http://blocs.tecnocampus.cat/>

⁵⁰ TicSalut. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. [Internet]. Rius A. SNOMED CT. 2012 [citado 3 de septiembre de 2014]. Disponible en: http://www.ticsalut.cat/estandards/terminologia/recursos/es_la-semantica-a-salut/

⁵¹ Reynoso GA, Berra MC, Burlak O, Houghton P, Vallese MC, Martín-Jacod E. SNOMED: la nomenclatura sistematizada de medicina del College of American Pathologists II. Desarrollo de la versión en español de SNOMED: aspectos generales y relacionados con el método de traducción. Tribuna. Panace@[Internet].2004 [citado 3 de septiembre de 2014] ; 5(15):61-5. Disponible en: http://www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n15_tribuna-SNOMED.pdf

⁵² Domingo Pozo M. De los cuidados registrados al diagnóstico de enfermería: Análisis cualitativo de las expresiones prediagnósticas registradas por las enfermeras del Hospital General Universitario de Alicante. Hogeschool Zeeland 2003-2004. Universidad de Alicante. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/2625/6/holanda%20manoli.pdf>

⁵³ Lima CLH, Nóbrega MML. Banco de termos da linguagem especial de enfermagem da clínica médica.Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009. [citado 20 de septiembre de 2014];11(1):12-22. Disponible en: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a02.htm>.

⁵⁴Clark J, Lang N. Nursing's next advance: An international classification for nursing practice. *International Nursing Review*. 1992; 39(4):109-12.

⁵⁵ Fernández Roibás MAC. Lenguajes estandarizados de enfermería. *Evidentia*. [Internet] 2007 sep-oct [citado el 20 de septiembre de 2014]; 4(17). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n17/376articulo.php>

⁵⁶ Flanagan J, Jones DA. Nursing Language in a Time of Change: Capturing the Focus of the Discipline. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. January-March, 2007; 18(1):1-2

⁵⁷Del Gallego Lastra R. El poder de los tropos en la representación cognitiva de la profesión de Enfermería. Análisis comparativo de dos contextos clínicos: el hospital y el centro de salud. [Tesis]. Universidad Complutense de Madrid; 2011

⁵⁸ Real Academia Española. (2012). *Diccionario de la Lengua Española* (22.^a ed.). Consultado en: <http://www.rae.es/recursos/diccionarios/drae>

⁵⁹ Nogueira JRM, Cook TW, Cavalini NT. Estudo de Caso Sobre o Uso da Modelagem Multinível para a Harmonização se Terminologias de Enfermagem. *J Bras Tele*. [Internet]. 2013 [citado 20 de diciembre de 2014];2(1):53-8.

Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/jbtelessaude/article/view/6418/4580>

⁶⁰Lunney M. Razonamiento crítico para alcanzar resultados de salud positivos. Estudio de casos y análisis de enfermería. Barcelona: Elsevier; 2011.

⁶¹Carpenito LJ. Diagnóstico de Enfermería. Aplicación a la práctica clínica". 5ª ed. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill; 1995.

⁶² Campos de Carvalho E, de Almeida Lopes Monteiro da Cruz D, Heather Herdman T. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem 2013;66(1):134-141. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267028669017>. Fecha de consulta: 4 de septiembre de 2015.

⁶³Portal NurSite. Terminología y normalización en Enfermería. Disponível em: <http://www.seeiuc.com/profesio.termino.htm>

⁶⁴ Nóbrega MML, Garcia TR, Furtado LG, Albuquerque CC, Lima CLH. Terminologias de enfermagem: da taxonomia da NANDA a classificação internacional para a prática de enfermagem. Rev Enferm UFPE [Internet]. 2008 [citado en noviembre de 2014]; 2(4): 390-6. Disponível em:

<http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/enfermagem/article/view/wPDFInterstitial/176/214>

⁶⁵ Herdman TH, editor. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2012.

⁶⁶ Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, editores. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2014.

⁶⁷ Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editoras. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.

⁶⁸ Johnson M, Moorhead S, Bulechek G, Butcher H, Maas M, Swanson E. Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos. 3ª ed. Barcelona: Elsevier; 2012.

⁶⁹ Barra DCC, Sasso GTMD . Padroes de dados, terminologias e sistemas de classificacao para o cuidado em saude e enfermagem. Rev Bras Enferm 2011;64(6):1141-9.

⁷⁰ International Council of Nurses. International Classification for Nursing Practice. ICNP. Version 1. Geneva. Switzerland: International Council of Nurses; Edición en español. Consejo General de Enfermería de España. 2009

⁷¹ Nóbrega MML, Garcia TR. Perspectivas de incorporação da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) no Brasil. Rev Bras Enferm.2005;58(2):227-30.

⁷² International Council of Nurses. International Classification for Nursing Practice. ICNP. Version 1. Geneva. Switzerland: International Council of Nurses; 2005

⁷³ Cid Enriquez P. Diez años de trayectoria del proyecto CIPE en Chile. Revista Cubana de Enfermería.[Internet]. 2010 [citado en noviembre de 2014];26(1)65-73. Disponible en <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v26n1/enf10110.pdf>

⁷⁴ ICNP Collaborations. [Internet].2014. CIE. [Actualizado 7 de febrero de 2014; citado en junio 2015]. Disponible en <http://www.icn.ch/es/que-hacemos/icnpr-collaborations/>

⁷⁵Nota de prensa. Williamson L, Millar J. CIE-IHTSDO. *El Consejo internacional de enfermeras (CIE) y la Organización internacional para el desarrollo de normas de terminología de la salud (IHTSDO)*. 7 de septiembre de 2015. Ginebra, Suiza; Copenhague, Dinamarca

⁷⁶Cubas MR, Denipote AGM, Malucelli A, Nóbrega MML. A norma ISO 18.104:2003 como modelo integrador de terminologias de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. jul.-ag[citado el 21 de noviembre de 2014]; 18(4):[06 pantallas].jul-ago 2010 www.eerp.usp.br/rlae Marcia. Disponible en: http://www.icn.ch/icnp_collaborations.htm

⁷⁷ Furuya RK, Nakamura FRY, Gastaldi AB, Rossi LA. Sistemas de classificação de enfermagem e sua aplicação na assistência: revisão integrativa de literatura. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2011 mar;32(1):167-75

⁷⁸ Anderson CA, Keenan G, Jones J. Using bibliometrics to support your selection of a nursing terminology set. *Comput Inform Nurs* 2009; 27(2):82-90

⁷⁹ Müller-Staub, M., Lavin, M. A., Needham, I. and Van Achterberg, T. (2006), Nursing diagnoses, interventions and outcomes - application and impact on nursing practice: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 56: 514-531.

⁸⁰Müller-Staub M, Needham I, Odenbreit M, Ann Lavin, M, Van Achterberg T. Improved quality of nursing documentation: results of a nursing diagnoses, interventions, and outcomes implementation study. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 2007;18(1): 5-17.

⁸¹ Müller Staub M. Evaluation of the Implementation of Nursing, Diagnoses, Interventions and Outcomes. *Int J Nurs Terminol Classif* 2009;20(1)9-15.

⁸² Silva EM, Santos AA, Rocha MC. Classificações de enfermagem: análise da produção científica Nursing classifications: Analysis of the scientific literatura. *Revista de Ciências Médicas*. 2015;23(3):153-161

⁸³ Tastan S., Linch G.C.F., Keenan G.M., Stifter J., McKinney D., Fahey L., Lopez K.D., (...), Wilkie D.J.(2014) Evidence for the existing American Nurses Association-recognized standardized nursing terminologies: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 51 (8), pp. 1160-1170.

⁸⁴ Pérez A, Frías S, Fernández R. De proyecto a realidad. Implantación de planes de cuidados estandarizados. *Rev Rol Enf.* 2004; 27(3):175-6.

⁸⁵ Sánchez Martínez V, Muñoz Izquierdo A. El lenguaje estandarizado en las publicaciones enfermeras de salud mental (2002-2007). *Rev Presencia [Internet]*. 2007 jul-dic [citado el 12 de noviembre de 2014];3(6). Disponible en: <http://www.index-f.com/presencia/n6/83articulo.php>

⁸⁶ Román Cereto M, Campos Rico A, Viñas Heras C, Palop R, Zamudio Sánchez A, Domingo García R, et al. Las taxonomías enfermeras NANDA, NOC y NIC en la práctica asistencial hospitalaria. *Enferm Clin.* 2005;15(3):163-7.

⁸⁷ Oliveira ARS, Carvalho EC, Rossi LA. Principles of nursing: new view. *Cienc Cuid Saude* 2015 Jan/Mar; 14(1):986-992

⁸⁸ Álvarez Rodríguez T, Fernández Lamela F, Álvarez Aragón F, López Vale C, Lagos Lemos A. Asumiendo competencias desde la aplicación NANDA, NIC, NOC en la práctica clínica. *Enfermería global*. [Internet]. 2007 [citado 15 de diciembre de 2014]. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/431/0>

⁸⁹ Gutiérrez Rodilla BM. *La ciencia empieza en la palabra. Análisis historia del lenguaje científico*, Barcelona, Península [Col. Historia, Ciencia, Sociedad, nº 275], 1998, 381 pp.

⁹⁰ Rivera Romero V, Pastoriza Galán P, Díaz Periane C, Hilario Huapaya N. Revisión crítica de la Taxonomía enfermera NANDA I 2009-2011. RECIEN [Internet]. 2013 [citado 15 de diciembre de 2014]; 6:2. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10045/44913>

⁹¹ Sebastián Viana T, Gil Hernández MR. Resultados sensibles a la práctica enfermera. Una reflexión sobre la situación actual. Tesela [Internet]. 2008. [citado 15 de diciembre de 2014]; 3. Disponible en <http://www.index-f.com/tesela/ts3/ts6650.php>

⁹² Cachon Perez JM, Alvarez-López C, Palacios-Ceña D. El significado del lenguaje estandarizado NANDA-NIC-NOC en las enfermeras de cuidados intensivos madrileñas: abordaje fenomenológico. *Enferm Intensiva*. [Internet]. 2012 [citado 15 de diciembre de 2014]; 23(2):68-76. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90133702&pident_pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=142&ty=115&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=142v23n02a90133702pdf001.pdf

⁹³ Gómez Robles J, Domingo Pozo M, Gabaldón Bravo EM, Terrés Ruiz C, Torres Figueiras M, Fernández Molina MA. Terminología utilizada por las enfermeras del Hospital General de Alicante en la hoja de cuidados de enfermería. Index de Enfermería. [Internet]. 2003 [citado 15 de diciembre de 2014]; 40-41. Disponible en http://www.index-f.com/index-enfermeria/40-41revista/40-41_articulo_16-19.php

⁹⁴ Domingo Pozo M, Gómez Robles FJ, Torres Figueiras M, Gabaldón Bravo EM. Del cuidado registrado al diagnóstico enfermero. *Enferm Clin.* 2005;15(5):267-74.

⁹⁵ Souza, Danyelle Rodrigues Pelegrino de et al. Terms of international classification for Nursing Practice in motor and physical rehabilitation. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 [citado 15 de diciembre de 2014]; 49(2): 0209-0215. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n2/0080-6234-reeusp-49-02-0209.pdf>

⁹⁶ Juvé Udina ME, Gonzalez Samartino M, Matud Calvo C. Mapping the Diagnosis Axis of an Interface Terminology to the NANDA International Taxonomy. *ISRN Nursing.* 2012;2012:676905. doi:10.5402/2012/676905.

⁹⁷ Hong J, Ruknuddin RJ. Analyzing nursing notes by cross-mapping to ICNP(International Classification for Nursing Practice) in maternity unit of one of the tertiary hospitals in Pakistan. *Nurs Inform.* [Internet]. 2012 [citado 20 de diciembre de 2014]; 172. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3799119/>

⁹⁸ Kim TY, Hardiker N, Coenen A. Inter-terminology mapping of nursing problems. J Biomed Inform.[Internet]. 2014 Jun [citado 20 de diciembre de 2014];49:213-20. Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S1532046414000586/1-s2.0-S1532046414000586-main.pdf?_tid=3c4f6a26-5b7e-11e5-a156-00000aacb361&acdnat=1442303524_a96c48ecdf7cb239a007b77a4149e603

⁹⁹Zhang Y, Monsen KA, Adam TJ, Pieczkiewicz DS, Daman M, Melton GB. Systematic refinement of a health information technology time and motion workflow instrument for inpatient nursing care using a standardized interface terminology. In AMIA Annu Symp Proc [Internet]. 2011[citado 20 de diciembre de 2014]; 2011: 1621–1629. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3243138/pdf/1621_amia_2011_proc.pdf

¹⁰⁰ Diz Gómez J. Precisión en dos diagnósticos enfermeros relacionados con la terapéutica en Atención Primaria: incumplimiento del tratamiento y manejo efectivo del régimen terapéutico. [Tesis]. Universidad Complutense de Madrid;2013.

¹⁰¹ Roget's, II. The new thesaurus. The American Heritage Dictionary. Eds Boston: Houghton Mifflin; 1980.

¹⁰²102 Internacional Council o Nursing. Consejo Internacional de Enfermeras. [.http://www.icn.ch/what-we-do/icnp-download-redirectio/](http://www.icn.ch/what-we-do/icnp-download-redirectio/)

¹⁰³Pavel S, Nolet D. Manual de terminología. Canadá: Public Works and Government Services, 2003.(Manual de terminología / Silvia Pavel y Diane Nolet ; traducido por Beatriz de Vega con la colaboración de Genny González y Yolande Bernard. Pavel, Silvia.Hull, Quebec : Oficina de Traducciones. Dirección de Terminología y Normalización, 2002.ISBN 0660616165).
<http://www.bt-tb.tpsgc-pwgsc.gc.ca/btb-pavel.php?page=chap1-1-3&lang=eng&contlang=spa>

¹⁰⁴Porta, L., & Silva, M. (2003). La investigación cualitativa: El Análisis de Contenido en la investigación educativa. Red Nacional Argentina de Documentación e Información Educativa <http://www.uccor.edu.ar/paginas/REDUC/porta.pdf> (Retrieved: 1-2-2010).

¹⁰⁵ Fernández F. El análisis de contenido como ayuda metodológica para la investigación. Ciencias Sociales. 2002 junio; 2(96)

¹⁰⁶ Oliveira JMM, Nóbrega MML, Oliveira JS. Nursing Diagnosis and Results for the Institutionalized Elderly: A Methodological Study . Online braz j nurs [internet] 2015 Mar [cited year month day]; 14 (2):110-20. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5151>

¹⁰⁷ Souza, D., Andrade, L., Napoleão, A., Garcia, T., & Chianca, T. (2015). Termos da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem em

reabilitação físico-motora . *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 49(2), 209-215. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000200004>

¹⁰⁸ Camiá, G. E. K., Barbieri, M., & de Fátima Marin, H. (2006). Fenômenos de enfermagem identificados em consultas de planejamento familiar segundo a ICNP-Versão Beta 2. *Rev Latino-Americana de Enfermagem*, 14(5), 674-681.

¹⁰⁹ Lucena AF, Barros ALBL.(2005). Mapeamento cruzado: uma alternativa para a análise de dados em enfermagem. *Acta Paul Enferm*; 18(1):82-8.

¹¹⁰ Nonino FOL et al. (2008). A utilização do mapeamento cruzado na pesquisa de enfermagem: uma revisão da literatura. *Rev Bras Enferm*, Brasília; nov-dez; 61(6): 872-7

¹¹¹ Kim et al. (2012). Semantic Mappings and Locality of Nursing Diagnostic Concepts in UMLS. *J Biomed Inform*; February ; 45(1): 93-100.

¹¹² Tosin MHS, Oliveira BGRB. (2014). Nursing diagnoses and interventions in patients with Parkinson's Disease: cross mapping study [internet] Oct [cited junio de 2015]; 13 (suppl I): 428-30. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5047>

¹¹³ Pereira Melo R, Pessoa Moreira R, Cavalcante Fontenele F, Carvalho de Aguiar AS, Silva Joventino E, Campos de Carvalho E. Critérios de seleção de

experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste 2011;12(4):431-437. Fecha de consulta: 12 de septiembre de 2014. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027975020>

¹¹⁴ Alexandre NMC, Coluci MZO. (2011). Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde Coletiva*.2011, 16(7):3061-3068

¹¹⁵ Escobar-Pérez J, Cuervo-Martínez A. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos. Una aproximación a su utilización. *Avances en Medición*. 2008, 6, 27-36. 2008

¹¹⁶ Sánchez Fernández P, Aguilar de Armas I, Fuentesalz Gallego C, Moreno Casbas MT, Hidalgo García R. (2005). Fiabilidad de los instrumentos de medición en ciencias de la salud. *Enferm CLIN*;15(4): 227-36

¹¹⁷ OSAKIDETZA (2010). Manual de descripción de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico. Servicio Vasco de Salud.

¹¹⁸ VV.AA. Proyecto NIPE: Resultado del estudio de 100 GRD. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005

¹¹⁹ Viceconsejería de asistencia sanitaria. Memoria anual de actividad del Servicio madrileño de salud. Consejería de sanidad. Servicio Madrileño de Salud; 2015

¹²⁰ Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Atención Ambulatoria

Especializada: pesos y costes procedimientos ambulatorios en el SNS [Publicación en Internet]. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013.

Disponible en:

<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/anaDesarrolloGDR.htm>

¹²¹ Chucre Tannure M, de Oliveira Salgado P, Couto Machado Chianca T. Mapeamento cruzado: títulos diagnósticos formulados segundo a CIPE versus diagnósticos da NANDA Internacional. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2014;67(9):972-978. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267032876016>. Fecha de consulta: 17 de junio de 2015.

¹²²Rasmussen, A. R., & Rosenbeck, K. (2011). SNOMED CT implementation: implications of choosing clinical findings or observable entities. In *MIE* (pp. 809-813).

¹²³ Park HA, Lundberg C, Coenen A, & Konicek D. (2009). Mapping ICNP Version 1 concepts to SNOMED CT. *Studies in health technology and informatics*, 160(Pt 2), 1109-1113.

¹²⁴Hyun, S., & Park, H. A. (2002). Cross-mapping the ICNP with NANDA, HHCC, Omaha System and NIC for unified nursing language system development. *International Nursing Review*, 49(2), 99-110.

¹²⁵ HerdmanTH & Kamitsuru, S. (Eds).(2014). NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions Classification, 2015-2017. Oxford: Wiley Blackwell.

ANEXOS

CONJUNTO DE DATOS DEL INFORME DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

| Variable | Formato | Valores | Aclaraciones | CM/R 11 |
|--|-----------------|--|--|------------|
| DATOS DEL DOCUMENTO | | | | |
| Tipo de documento | Texto | Informe de Cuidados de Enfermería | | CM |
| Fecha de firma | dd/mm/aaaa | Libre | Es común a ambos pies de firma del informe | CM |
| Fecha Valoración de Enfermería | dd/mm/aaaa | Libre | | CM |
| Fecha Alta de Enfermería/Fecha de Derivación Enfermera | dd/mm/aaaa | Libre | | CM |
| Enfermera Responsable 1 | Texto | Libre (nombre+2 apellidos) | Es parte del primer pie de firma del informe | CM |
| Categoría profesional Enfermera Responsable 1 | Texto | Enfermera Enfermera Especialista Enfermera Residente (EIR) | | CM |
| Enfermera Responsable 2 | Texto | Libre (nombre+2 apellidos) | Es parte del segundo pie de firma, que suele supervisar al primer firmante | CM |
| Categoría profesional Enfermera Responsable 2 | Texto | Enfermera Enfermera Especialista | | CM |
| Dispositivo Asistencial | Texto | Centro de Salud Hospital Urgencias Hospitalarias Urgencias Extrahospitalarias Centro Sociosanitario Otros | | CM |
| DATOS DE LA INSTITUCIÓN EMISORA | | | | |
| Denominación del Servicio de Salud | Texto + Logo | SAS. Servicio Andaluz de Salud. SALUD. Servicio Aragonés de Salud SESPA. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Servicio Canario de Salud SCS. Servicio Cantabro de Salud. SESCAM. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. SACYL. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. DdS-GC. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya SES. Servicio Extremeño de Salud. SERGAS. Servizo Galego de Saúde. INGESA. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. IB-SALUT. Servicio de Salud de Illes Balears. RIOJASALUD. Servicio Riojano de Salud. Servicio Madrileño de Salud. Servicio Murciano de Salud SNS-O. Servicio Navarro de Salud- | | CM |

| Variable | Formato | Valores | Aclaraciones | CM/R ¹¹ | | |
|---|-----------------|---|--|--|---|----|
| | | OSASUNBIDEA. Agència Valenciana de Salut OSAKIDETZA-Servicio Vasco de Salud. | | | | |
| Denominación del proveedor de servicios | Texto +Logo | Libre | | R | | |
| Denominación del Centro | Texto + Logo | CNH ¹² para Centros de Atención Especializada, Inventario para Centros de Primaria y posteriormente RECESS ¹³ cuando esté disponible + texto libre | Existirá un campo adicional de texto libre para aquellos centros no recogidos en el inventario en vigor por ser de reciente apertura | CM | | |
| Dirección Del Centro | | | | | | |
| Tipo de vía | Texto | CNH y posteriormente RECESS cuando esté disponible+texto libre | | CM | | |
| Nombre de la vía | Texto | | | CM | | |
| Número de la vía | Texto | | | CM | | |
| Código Postal | Texto | | | CM | | |
| Municipio | Texto | | | CM | | |
| Provincia | Texto | | | CM | | |
| País | Texto | | | CM | | |
| Teléfono | Texto | | | CM | | |
| Dirección Web/Correo electrónico | Texto | | Libre | Se incluirá la dirección Web sólo si contiene información de interés para el usuario | R | |
| DATOS DEL PACIENTE | | | | | | |
| Nombre | Texto | Dato que figure en la BD de la TSI de la CA | HM | CM | | |
| Primer Apellido | Texto | | | CM | | |
| Segundo Apellido | Texto | | | CM | | |
| Fecha nacimiento | dd/mm/aaaa | | | CM | | |
| Sexo | Texto | | | CM | | |
| DNIT/Residencia/Paseaporte | Texto | | | R | | |
| NASS | Texto | | | CM | | |
| CIP de C Autónoma | Texto | | | CM | | |
| Código SNS | Texto | | | R | | |
| CIP Europeo | Texto | | | Se reserva este espacio en previsión de que, en el futuro, exista un código europeo/internacional de identificación. | R | |
| NP Historia Clínica | Texto | Libre | | CM | | |
| Domicilio | | | | | | |
| Tipo de vía | Texto | Dato que figure en la BD de la TSI de la CA | | CM | | |
| Nombre de la vía | Texto | | | CM | | |
| Número de la vía | Texto | | | CM | | |
| Piso | Texto | | | CM | | |
| Letra | Texto | | | CM | | |
| Código Postal | Texto | | | CM | | |
| Municipio | Texto | | | CM | | |
| Provincia | Texto | | | CM | | |
| Teléfono | Texto | | | Dato que figure en la BD de la TSI de la CA+texto libre | Existirá texto libre para añadir un segundo número de teléfono | R |
| Persona de Referencia | Texto | | | Libre (nombre + 2 apellidos) | Se trata de la persona que representa los intereses del paciente. | CM |
| Teléfono de Referencia | Texto | Libre | | CM | | |
| DATOS DEL PROCESO ASISTENCIAL | | | | | | |
| Causas que generan la actuación enfermera | Texto | Libre | | CM | | |
| Motivo de Alta/Derivación Enfermera | Texto | Ingreso Traslado a domicilio Traslado de Servicio Traslado a centro hospitalario Traslado a un centro sociosanitario Alta voluntaria Fallecimiento Otros | | CM | | |

| Variable | Formato | Valores | Aclaraciones | CM/R ¹¹ |
|--|----------------|---|---|--------------------|
| Antecedentes y entorno | Texto | Libre | Destacar solamente la información relevante. | CM |
| Enfermedades Previas Intervenciones quirúrgicas Tratamientos farmacológicos Alergias Actuaciones preventivas (1) Factores personales, familiares, sociales, culturales y laborales destacables (2). | Texto | Libre | (1) Vacunaciones y su estado (2) El conjunto de factores reseñados se refiere a aquellos elementos (personales, familiares, sociales o profesionales) que, formando parte de su entorno, pueden influir o condicionar la evolución de su estado de salud. Tienen cabida también aquellos acontecimientos puntuales (pérdida de familiar, evento laboral,...) que puedan influir en su respuesta ante diferentes situaciones de salud. | R |
| Diagnósticos Enfermeros resueltos | Texto + código | Literal NANDA +Código NANDA | Se trata de destacar aquellos diagnósticos, ya resueltos, que puedan resultar de interés para prevenir posteriores apariciones. | CM R |
| Protocolos asistenciales en los que está incluido | Texto | Libre | Tienen cabida todos los procesos asistenciales y programas de salud en los que se encuentre incluido, tanto programas preventivos como de seguimiento, rehabilitación o educación sanitaria entre otros. Así como la relación de problemas interdependientes y/o de colaboración si fuera el caso. | CM |
| Valoración activa | Texto | Libre | | CM |
| Modelo de referencia utilizado Resultados destacables | Texto | Libre | Deberá reflejarse la información relativa a la valoración enfermera más reciente. Se recomienda especificar otras escalas o tests aplicados y ajenos al modelo utilizado en la valoración general. | CM CM |
| Diagnósticos Enfermeros activos | Texto + código | Literal NANDA + Código NANDA | Aquellos diagnósticos presentes en el momento de la elaboración del informe, tanto reales como potenciales. | CM R |
| Resultados de Enfermería | Texto + código | Literal NOC + Código NOC | Aquellos resultados seleccionados para identificar la evolución del paciente, como resultado de las intervenciones planificadas. | CM R |
| Intervenciones de Enfermería | Texto + código | Literal NIC +Código NIC | Las intervenciones que se están llevando a cabo en el momento de elaboración del informe. | CM R |
| Cuidador principal | Texto | Libre (nombre + 2 apellidos) + Vinculación con el usuario | Deberá indicarse tanto el nombre como la relación que tiene con el (familiar, cuidador externo...) | CM R |
| Información complementaria/Observaciones | Texto | Libre | Puede incluirse información relativa a la presencia de catéteres, prótesis, dietas especiales, así como destacar algún aspecto de especial relevancia relativo a la aplicación de las intervenciones activas. | R |



eHealth Bulletin

3, place Jean-Martin, 1201 Geneva, Switzerland

Junio de 2014

EL CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS CELEBRA EL 25º ANIVERSARIO DE LA ICNP

Durante los 25 últimos años, el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) ha dirigido el desarrollo de una norma internacional para la descripción y la comparación de la práctica de enfermería en los planos local, regional, nacional e internacional. En el Consejo de Representantes de Enfermeras, de 1989, se examinó y se aprobó una resolución en la que se reconocía que la incapacidad para nombrar los fenómenos que preocupaban a la enfermería impedía el adecuado reconocimiento de la destacada contribución de la enfermería a la salud y a los cuidados de salud.

En 1996, cuando se publicó la Versión Alfa de la Clasificación internacional para la práctica de enfermería (ICNP), la Dra. Margretta Madden Styles, Presidenta del CIE, señaló que la ICNP "será como un organismo vivo, siempre cambiante a medida que evolucionen la función, la ciencia y la práctica de la enfermería". Gracias a un grupo de enfermeras sumamente dedicado y a la financiación interna y externa, el desarrollo de la ICNP ha continuado y la ICNP Beta 2 se publicó en 2001. Con la publicación de la ICNP 1.0 en 2006, en el Congreso del CIE en Taipei, Taiwán, se dio a la terminología una base y fundamento más formal (empleando el Lenguaje de Ontología de la Web).

La ICNP se publica ahora cada dos años coincidiendo con el Congreso/Conferencia del CIE. La ICNP 2015 estará disponible en todo el mundo en la Conferencia que el CIE celebrará en Seúl, Corea, los días 19 - 23 de junio de 2015. El CIE es la voz internacional de la enfermería; la terminología de la ICNP ofrece a las enfermeras de todo el mundo los medios para describir su práctica, con el fin de conseguir una calidad y unos resultados óptimos de los cuidados en todo el mundo. La ICNP ofrece a las enfermeras el contenido para registros de salud, en papel y electrónicos (EHR). El programa de la ICNP se articula con otras iniciativas terminológicas. La ICNP es una terminología relacionada con la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS. Además, un importante proyecto para armonizar la ICNP con la SNOMED-CT está haciendo accesible el contenido de enfermería a los usuarios de SNOMED-CT en todo el mundo.

CONFERENCIA DEL CIE EN SEÚL, COREA, LOS DÍAS 19 - 23 DE JUNIO DE 2015

Ya se ha publicado la solicitud de resúmenes y se alienta decididamente a las enfermeras a que los presenten y planifiquen su asistencia a esta interesante conferencia, "Enfermeras y ciudadanos del mundo". La fecha límite para la presentación de resúmenes es el **7 de octubre de 2014**. El Programa de eSalud observa con agrado que una Sesión principal de la Conferencia se dedicará al tema de la eSalud. Además habrá una reunión de Consorcio para los centros de investigación y desarrollo de la ICNP y para los traductores de la ICNP, y un seminario sobre la ICNP además de una sesión para la Red de Telenfermería del CIE.

www.icn2015.com/



ASPECTOS DESTACADOS DE LA eSALUD EN UNA ASOCIACIÓN NACIONAL DE ENFERMERAS (ANE) DEL CIE

En cada Boletín de eSalud, compartimos los aspectos relacionados con la eSalud de una de las ANE del CIE, con el fin de ampliar la relación entre el Programa de eSalud, del CIE, y las ANE.

VÄRDFÖRBUNDET (ASOCIACIÓN DE PROFESIONALES DE SALUD DE SUECIA)

¿Se encuentra en un punto clave la eSalud sueca? En los últimos decenios, Suecia ha sido uno de los primeros países que han adoptado soluciones de eSalud. Ello no ha dejado de causar problemas en lo que se refiere a la organización descentralizada de la atención de salud en Suecia. En 2006 el Gobierno, con la aprobación de los principales interesados en la atención de salud, adoptó la primera Estrategia Nacional de eSalud, que fue revisada en 2010. La Estrategia de la eSalud se centra en facilitar mejores instrumentos para la salud y para los cuidados de salud accesibles a todos los ciudadanos, los profesionales de salud y la dirección. Desde 2010, los registros electrónicos de los pacientes (REP) se han aplicado en más del 95% de las organizaciones de cuidados de salud. (www.nationellihalsa.com/national-ehealth)



Desde 2004, Vårdförbundet, junto con otras importantes organizaciones de profesionales de salud, han insistido repetidas veces en la falta de posibilidades de uso en los sistemas de eSalud. Las evaluaciones y encuestas han mostrado que esto es causa de riesgos para los pacientes y para el sistema laboral, y que es también un desperdicio del dinero de quienes pagan los impuestos. La última actividad fue una amplia encuesta en colaboración con científicos activos en el sector, de la posibilidad de uso de la eSalud financiada por el Ministerio de Sanidad.

www.swenurse.se/Global/Publikationer/e-halsa/Usability_of_eHealth.pdf

Con la actual aplicación del acceso de los pacientes a sus RCP y el problema demográfico que plantea una situación económica perturbadora, hay un creciente interés en resolver los problemas de posibilidad de uso, interoperabilidad y coordinación nacional. Examinan estos problemas dos comités gubernamentales y un tercer comité presentará pronto propuestas sobre el modo de resolver los problemas legales que afectan a la eSalud y a la integridad y seguridad del paciente. Vårdförbundet desempeña en estos debates una función activa y bien valorada.

NUEVAS TRADUCCIONES DE LA ICNP

AL PORTUGUÉS BRASILEÑO

Teima Ribeiro Garcia, Codirectora del Centro de Investigación y Desarrollo de la ICNP de la Universidad Federal de Paraíba, dirigió el trabajo de traducción de la ICNP al portugués brasileño, en 2013.

El Programa de Postgrado en Enfermería –del Centro de la Universidad Federal de Paraíba (PPGENF-UFPB), titulado Investigación y Desarrollo de la ICNP, está situado en la región nororiental de Brasil. La misión del centro consiste en apoyar e impulsar el desarrollo constante de la ICNP, promover el empleo de la ésta en la formación de enfermería y en la práctica clínica y colaborar con el CIE y otros centros de Investigación y desarrollo de la ICNP para fortalecerla y ampliarla como terminología de referencia que se emplee en todo el mundo.



Maria Miriam Lima da Nóbrega y Teima Ribeiro Garcia

AL ESPAÑOL

El Consejo General de Enfermería de España (CGE) ha estado coordinando la traducción de la ICNP al español desde la Versión Beta, en 1999. Recientemente terminó la publicación de la traducción de la ICNP 2013 al español. En primer lugar, la traducción se hizo en el entorno de enfermería español. Sin embargo, para la versión 1.0 se decidió compartir esta experiencia con las enfermeras latinoamericanas, tratando de ajustarla, a pesar de las diferencias regionales, mediante un consenso sobre el idioma español en los conceptos sensibles en general para las enfermeras de habla española.

Asociado con el Centro chileno para la Investigación y Desarrollo de la ICNP, el Consejo Español de Enfermeras colabora con las enfermeras interesadas en el desarrollo de la ICNP en Colombia, México y Uruguay para participar en un trabajo de traducción a distancia y en un proyecto de intercambio. En general, el trabajo coordinado por el Consejo Español comienza con una primera traducción aproximada que se envía a todas las participantes, junto con un plan para una videoconferencia a través de Internet, con el fin de presentar los cambios según un conjunto de términos y definiciones. Cada videoconferencia, de 2 horas de duración, incluye el examen de conjunto establecido. Entre las conferencias, los participantes intercambian correos electrónicos en los que figuran sus propias sugerencias. En España los coordinadores abren nuevas columnas para presentar todas las contribuciones; éstas se envían de nuevo para una revisión y debate más profundos en la próxima videoconferencia. Ese proceso se repite hasta que el trabajo realizado se define. Cuando todos los términos y definiciones se han revisado, el cuadro se envía de nuevo con las dos columnas de traducciones acordadas, para someterlas a una revisión definitiva.

El principal contacto en América Latina sigue siendo el Centro Chileno para la Investigación y Desarrollo de la ICNP, al que representan Verónica Behn y Julia Ramírez Castillo; en Colombia Luz Marina Alfonso Ávila, Profesora de la Fundación Universitaria en la Región Andina y Miembro del Comité de Coordinación para la Promoción de la Salud en la ACOFAEN; en México, María Virginia Hernández Alonso, Profesora en la Universidad Autónoma Benito Juárez, Oaxaca; en Uruguay Teresa Delgado, Profesora de la Facultad de Tecnologías de Enfermería y de Salud, de la Universidad Católica de Montevideo; y en España bajo la dirección del Dr. Máximo González Jurado, Presidente del CGE, y la participación colaboradora de José Luis Cobos Serrano, Asesor Técnico del CGE; Mónica Rivero Martínez, del personal de enfermería de CGE, y María Antonia López Romero, Profesora en la Universidad Complutense de Madrid. Alina de Almeida Souza, Asesora Técnica, del CGE, es la coordinadora del proyecto.

Este proceso se ha aplicado para las versiones 1.0 y 2.0 de la ICNP, y para todas las adiciones. Es importante señalar la importancia del trabajo en colaboración realizado a través de los miembros de organizaciones de enfermería que son miembros del Consejo Internacional de Enfermeras.



Participantes en el proyecto: línea superior, de izquierda derecha: Julia Ramírez Castillo (Chile), José Luis Cobos (España), Verónica Behn (Chile), Dr. Máximo González Jurado, Presidente, (España) y María Virginia Hernández Alonso (México). En la fila inferior, de izquierda a derecha: M^a Antonia López Romero (España), Teresa Delgado (Uruguay), Mónica Rivero Martínez (España), Luz María Alfonso (Colombia) y Alina A. Souza (España).

ACTIVIDADES DE ARMONIZACIÓN DE LA TERMINOLOGÍA DE eSalud

CONFIGURACIÓN DE LA ICNP Y DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL PARA LAS INTERVENCIONES DE SALUD (ICHI)

El CIE contribuye al desarrollo de la Clasificación ICHI (de la OMS-FIC) configurando las intervenciones ICHI según intervenciones de la ICNP. Al ser una clasificación empleada por todos los profesionales de salud, el contenido de la ICHI abarca las intervenciones médicoquirúrgicas, el funcionamiento y las intervenciones de salud pública. El proyecto de configuración es una empresa recíprocamente beneficiosa que contribuye a mejorar la calidad de ambas terminologías. La inclusión de expertos del campo de la enfermería en el desarrollo de la ICHI también contribuye a una cobertura más amplia de las intervenciones de salud.

The Spanish General Council of Nursing has been coordinating the ICNP translation into Spanish since its Beta version in 1999. At first the work was done within the Spanish nursing environment, however, for the version 1.0 it was decided to share this experience with Latin-American nurses, aiming to adjust, despite the regional differences, through consensus of the Spanish language, sensible for Spanish speaking nurses in general.

In association with the CHILEAN CENTRE FOR ICNP® RESEARCH & DEVELOPMENT the Spanish Council contact selected academic nurses interested in the ICNP development in Colombia, Mexico and Uruguay, three representative countries of Latin-American countries: in the Southern, Andean and Northern region to participate in a distance translation work and interchange project . In general, the work coordinated by the Spanish Council starts with a rough first translation that is sent to all the participants together with a timetable schedule for an Internet video-conference to present changes according to a set of terms and definition. The video conference in general takes around two hours and covers the review of the determined set and the planning for the next video conference is discussed. In between the conferences, the participants would exchange emails with their suggestions. The coordination in Spain would add to the table opening new columns in order to expose all the contributions from each participant in a column to be sent again for further review and to discuss in the next video conference. This process is then repeated for all work set defined. To conclude, when all the set of terms and definitions are reviewed, the table is again sent with the two columns of agreed translations to a final revision.

Our main contact in Latin-America remains the Chilean Center for ICNP Research and Development presented by: Veronica Behn and Julia Ramirez Castillo. In Colombia Luz Marina Alfonso Ávila Professor at the University Foundation in the Andean Area and Member of the Coordination Committee for Health Promotion at the ACOFAEN; in Mexico Maria Virginia Hernández Alonso, Professor at the University of Oaxaca; in Uruguay Teresa Delgado – Professor at the Faculty of Nursing and Health Technologies for Health, Catholic University, Montevideo; and ,in Spain under direction of Dr. Maximo González Jurado, President and the collaborative participation of José Luis Cobos Serrano, Technical Advisor, Spanish General Council of Nursing, Monica Rivero Martinez, Spanish General Council of Nursing Nurse Staff; María Antonia López Romero, Professor at the Universidad Complutense de Madrid; and, Alina de Almeida Souza, Technical Advisor , Spanish General Council of Nursing acting as coordinator of the project.

This process has been implemented for the 1.0 and 2.0 versions and all additions. The group only met all participants in Madrid in the first process in 2007.



XI Conferência
IBERO
AMERICANA

III Encontro
LATINOAMERICA-EUROPA

IV Simpósio de
INVESTIGAÇÃO

III Encontro de
ESTUDANTES

de Educação em Enfermagem

COIMBRA | PORTUGAL

18 > 24 SETEMBRO 2011

Certificado

Certifica-se que a comunicação oral "**Traducción de la clasificación internacional para la práctica de Enfermería (CIPE®) al español**" do(s) autor(es) Veronica Behn, Alina Maria de Almeida Souza, Julia Ramirez Castillo, M^o Virginia Hernández Alonso e M^a Antonia López Romero, após aprovação da Comissão Científica Internacional, foi apresentada por Veronica Behn, no dia 21 de Setembro de 2011, às 18 horas, na *XI Conferência Iberoamericana de Educação em Enfermagem* organizada pela Associação Latinoamericana de Escolas e Faculdades de Enfermagem, pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e pela Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem, realizada de 18 a 24 de Setembro de 2011, em Coimbra, Portugal.

Coimbra, 21 de Setembro de 2011



Escola Superior de
Enfermagem
de Coimbra

Maria da Conceição Saraiva da Silva Costa Bento



Maria Antonieta Rubio Tyrrell



UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO
EM CIÊNCIAS DE SAÚDE
ENFERMAGEM

Manuel Alves Rodrigues



CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA



CERTIFICADO DE PARTICIPACIÓN

en favor de:

D^a. María Antonia López Romero

Por su participación en el grupo de expertos para la traducción y revisión de la

Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (CIPE) 2013

al español realizada en el período 2012 - 2014

Madrid, a 20 de noviembre de 2014

Máximo A. González Jurado
Presidente del Consejo General de Enfermería

José Vicente González Cabanes
Secretario General del Consejo General de Enfermería

From: icnch@web-wb-11.dfinet.ch [mailto:icnch@web-wb-11.dfinet.ch] **On Behalf Of** ICNP Requests
Sent: Thursday, June 25, 2015 3:30 AM
To: Amy L Amherdt
Subject: Download of the ICNP



Download of the ICNP - Request form

| | |
|-----------------------|---|
| | |
| Title: | Mrs. |
| Full Name: | M. Antonia López Romero |
| Country: | España |
| E-Mail: | maalopez@ucm.es |
| I am downloading: | "ICNP" |
| Project Description | Graduated in Nursing, Master in Nursing Research. At present, the main project are doctoral studies. My doctoral thesis deals with systems Nursing professional language and terminology consistency between them and in particular between NANDA-I and ICNP. As professor of the Faculty of Nursing of the Universidad Complutense de Madrid, conducted clinical cases with ERASMUS students who come from Portugal, with reference to the ICNP. I have worked with ICNP group General Nursing Council of my country in the revision of the Spanish translation of different editions of the classification. |
| Terms and conditions: | TermsConditionsChecked |

From: Amy L Amherdt <aamherdt@uwm.edu>

Date: 2015-07-07 17:46 GMT+02:00

Subject: FW: Download of the ICNP

To: "maalopez@ucm.es" <maalopez@ucm.es>

Dear Mrs. M. Antonia López Romero,

Thank you for reading and agreeing to the conditions and terms of the ICNP to use the ICNP 2015 Release. The ICNP 2015 release was recently launched along with a new and improved browser during the ICN Conference in Seoul this past June.

I understand your use of ICNP is for your doctoral studies. You downloaded spreadsheets of the 2015 Release for non-commercial use only, such as evaluation and research. Please understand that you will need to contact ICN for a different agreement if you want to sell the ICNP in a commercial product such as software sold for profit.

Please visit the ICNP® Research and Development Projects database on the ICN website for other ICNP projects.

<http://www.icn.ch/ICNP-Projects.html>

Thank you for your help with the ICNP translation work in Spain. ICN recognises and greatly value the significant effort required for translation. Good luck with your studies!

Kind regards,

Amy

Amy Amherdt

Administrative Assistant, eHealth Programme

International Council of Nurses

<http://www.icn.ch/what-we-do/ehealth/>

University of Wisconsin - Milwaukee

College of Nursing

PO Box 413

Milwaukee WI 53201-0413

USA

Tel: 414 229 5501

aamherdt@uwm.edu

The International Council of Nurses (ICN) is a federation of more than 130 national nurses associations representing the millions of nurses worldwide. Operated by nurses and leading nursing internationally, ICN works to ensure quality nursing care for all and sound health policies globally.

De: "Amy L Amherdt" <aamherdt@uwm.edu>

Fecha: 02/09/2014 16:50

Asunto: ICN and IHTSDO extend collaboration to advance harmonisation of health terminology

Para: "icn-ehealth" <icn-ehealth@uwm.edu>

Cc:

Press Information . Communiqué de presse . Comunicado de prensa

ICN and IHTSDO extend collaboration to advance harmonisation of health terminology

Geneva, Switzerland & Copenhagen, Denmark, 1 September 2014 – The International Council of Nurses (ICN) and the International Health Terminology Standards Development Organisation (IHTSDO) today announced an updated collaboration agreement to advance terminology harmonisation and foster interoperability in health information systems. The new collaboration agreement signed today will be reviewed on completion of the work or in April 2016, whichever is earliest.

The overarching goals of this collaboration are to ensure that nurses worldwide have the tools they need to carry out their jobs effectively, that they are not disenfranchised from the global informatics infrastructure, and that they remain active in the collection of meaningful and useful health information.

As part of the collaboration agreement, ICN, owner of the International Classification for Nursing Practice (ICNP), and IHTSDO, owner of SNOMED CT, have agreed to undertake further work that defines the relations between SNOMED CT and ICNP to enable their interoperability in health information systems globally. It builds on work already undertaken to produce an

equivalence table for nursing diagnoses.

In the coming years IHTSDO and ICN will focus on two key areas of work: joint publication of a completed equivalence table between SNOMED CT and ICNP for Nursing Diagnoses, and joint publication of a completed equivalence table between SNOMED CT and ICNP for nursing interventions.

“ICN is delighted to extend our collaboration with IHTSDO,” said David Benton, ICN’s Chief Executive Officer. “This agreement will be of mutual benefit to both organisations as well as to patients and will improve the description and comparison of nursing practice locally, regionally, nationally and internationally.”

“IHTSDO is pleased to be continuing its collaboration with the ICN”, said Jane Millar, Head of Collaboration at IHTSDO. “Our joint work in linking SNOMED CT and ICNP will be of benefit to the nursing profession worldwide to ensure a common understanding and interoperability, and also to support sharing with other members of the healthcare team.”

The first collaborative agreement between the two organisations was signed in 2010, and in January 2014 the cooperation was further advanced by the announcement of an equivalence table between ICNP concepts and SNOMED CT concepts.

Notes to the Editor:

ICN and IHTSDO are the developers of the International Classification for Nursing Practice (ICNP) and SNOMED Clinical Terms (CT), respectively. The ICNP terminology serves a critical role for ICN in representing the domain of nursing practice worldwide, thus providing nurses at all levels with data-based information used for practice, administration, education and research. SNOMED CT is a multidisciplinary healthcare terminology designed to support the entry and retrieval of clinical concepts in electronic record systems and the safe, accurate, and effective exchange of health information.

About ICN:

The International Council of Nurses (ICN) is a federation of more than 130 national nurses associations representing the millions of nurses worldwide. Operated by nurses and leading nursing internationally, ICN works to ensure quality care for all and sound health policies

globally. (www.icn.ch).

About IHTSDO:

IHTSDO determines global standards for health terms, an essential part of improving the health of humankind. Its experts work collaboratively with diverse stakeholders to ensure that SNOMED CT, its world-leading terminology product, is accepted around the world as the common language for health (www.ihtsdo.org).

Media Contacts

For ICN:

Lindsey Williamson, Communications Officer

Email: media@icn.ch- Phone:+41 (22) 908 0100

For IHTSDO:

Jane Millar, Head of Collaboration

Email: jmi@IHTSDO.org - Phone: +44 (7701) 021458

ICN/PR2014 #17

Información de Prensa. Comunicado de prensa. Comunicado de prensa

*CIE y IHTSDO ampliar la colaboración
para avanzar en la armonización de la terminología de la salud*

Ginebra, Suiza y Copenhague, Dinamarca, 01 de septiembre 2014 - El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) y las Normas de Terminología de la Salud Organización Internacional para el Desarrollo (IHTSDO) anunciaron hoy un acuerdo de colaboración para avanzar en la armonización actualizada terminología y fomentar la interoperabilidad de los sistemas de información sanitaria. El nuevo convenio de colaboración firmado hoy se revisará al término de la obra o en abril de 2016, lo que suceda primero.

Los objetivos generales de esta colaboración son asegurar que las enfermeras de todo el mundo tienen las herramientas que necesitan para llevar a cabo su trabajo con eficacia, que no están privados de sus derechos a partir de la infraestructura informática mundial, y que permanecen activas en la recopilación de información de salud significativos y útiles.

Como parte del acuerdo de colaboración, el CIE, dueño de la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (CIPE), y IHTSDO, dueño de SNOMED CT, han acordado llevar a cabo más trabajo que define las relaciones entre SNOMED CT y CIPE para permitir su interoperabilidad en salud los sistemas de información a nivel mundial. Se basa en la labor ya realizada para producir una tabla de equivalencias para diagnósticos de enfermería.

En los próximos años IHTSDO y el CIE se centrarán en dos áreas principales de trabajo: la publicación conjunta de una tabla de equivalencias entre completado SNOMED CT y CIPE de Diagnósticos de Enfermería, y la publicación conjunta de una tabla de equivalencias entre completado SNOMED CT y CIPE para las intervenciones de enfermería.

"El CIE está encantada de ampliar nuestra colaboración con IHTSDO," dijo David Benton, Director general del CIE. "Este acuerdo será de beneficio mutuo para ambas organizaciones, así como a los pacientes y mejorará la descripción y comparación de la práctica de enfermería a nivel local, regional, nacional e internacional."

"IHTSDO se complace en continuar su colaboración con el CIE", dijo Jane Millar, Director de Colaboración en IHTSDO. "Nuestro trabajo conjunto en la vinculación de SNOMED CT y CIPE será de beneficio para la profesión de enfermería en todo el mundo para asegurar un entendimiento común y la interoperabilidad, así como para apoyar el intercambio con otros miembros del equipo de salud."

El primer acuerdo de colaboración entre las dos organizaciones fue firmado en 2010, y en enero de 2014, la cooperación fue más avanzada por el anuncio de una tabla de equivalencias entre los conceptos ICNP y conceptos SNOMED CT.

Notas para el editor:

CIE y IHTSDO son los desarrolladores de la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (CIPE) y SNOMED Términos clínicos (CT),

respectivamente. La terminología CIPE tiene un papel fundamental para el CIE en la representación del dominio de la práctica de enfermería en todo el mundo, por lo tanto dotar a las enfermeras en todos los niveles con la información basada en los datos utilizados para la práctica, la administración, la educación y la investigación. SNOMED CT es una terminología sanitaria multidisciplinar diseñado para apoyar la entrada y recuperación de conceptos clínicos en los sistemas de registros electrónicos y el intercambio seguro, preciso y eficaz de la información de salud.

Sobre el CIE:

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) es una federación de más de 130 asociaciones nacionales de enfermeras que representa a millones de enfermeras de todo el mundo. Dirigido por enfermeras y la enfermería en el nivel internacional, el CIE trabaja para conseguir unos cuidados de calidad para todos y unas políticas de salud a nivel mundial. (www.icn.ch).

Acerca IHTSDO:

IHTSDO determina estándares globales para términos de salud, una parte esencial de la mejora de la salud de la humanidad. Sus expertos trabajan en colaboración con diversas partes interesadas para garantizar que SNOMED CT, su producto terminología líder en el mundo, es aceptada en todo el mundo como el idioma común para la salud (www.ihtsdo.org).

Contactos para los medios

Para el CIE:

Lindsey Williamson, Oficial de Comunicaciones

Correo electrónico: media@icn.ch-: +41 (22) 908 0100

Para IHTSDO:

Jane Millar, Director de Colaboración

Email: jmi@ihtsdo.org - Teléfono: +44 (7701) 021458

