

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y Fisioterapia

División de Enfermería y Fisioterapia



GRADO EN ENFERMERÍA.

Curso Académico: 2009-2013.

Trabajo Fin de Grado

-Título: La influencia de la NANDA en enfermería.

- Autor/a: Sandra María Molina Aparicio.

- Tutor/a: Carmen González Canalejo.

ÍNDICE.

Resumen.....	2.
Introducción.....	4.
Objetivos.....	6.
Metodología.....	7.
Referentes teóricos.....	7.
Origen de la NANDA.....	7.
- Misión y funciones de la NANDA	8.
- Inicio de la taxonomía diagnóstica.....	9.
- Secuencia para la revisión y aprobación de los diagnósticos de enfermería.....	10.
- Validación de los diagnósticos.....	12.
- Los primeros diagnósticos.....	12.
Taxonomía NNN.....	14.
Influencia en el conocimiento enfermero.....	15.
Trabajo de campo.....	18.
Discusión.....	20.
Conclusiones.....	21.
Bibliografía.....	22.
Anexos tablas.....	26.

RESUMEN.

Este trabajo, titulado “La influencia de la NANDA en enfermería”, está basado en el análisis de la aportación a la práctica enfermera de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) y el trabajo que dicha asociación ha venido realizando desde su creación en 1982. Más de cuatro mil documentos científicos avalan que la aportación de ésta, es una aportación reconocida. De esta vastísima producción nos hemos centrado en la aportación de dicha asociación científica de reconocimiento internacional al conocimiento enfermero y la evidencia científica ya que el objetivo principal es mostrar la influencia que ésta ha ejercido y sigue ejerciendo en la práctica de la enfermería.

A lo largo de estas páginas analizamos la gran influencia que ha tenido la taxonomía creada por esta asociación en la enfermería. De todo ello se deduce que sin el intenso trabajo realizado por la NANDA, no hubiese sido posible la estandarización de los diagnósticos, las actividades y el avance en la enfermería en las últimas décadas. Completamos el análisis bibliográfico inferencial con una exploración contributiva de un grupo de enfermeras de nuestro entorno.

ABSTRACT.

This work, entitled "The influence of the NANDA nursing", is based on the analysis of the contribution to the practical nurse of the North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) and the work that the association has been doing since its creation in 1982. More than four hundred scientific papers attest that the contribution of this is a recognized contribution. In this vast production we have focused on the contribution of the scientific association of international recognition to the nurse knowledge and scientific evidence since the main objective is show the influence that it has exercised and continues to exercise in the practice of nursing.

Throughout these pages, we analyze the great influence that has had the taxonomy created by this association in the nursing. All this suggests that without the intense work done by the NANDA, it hadn't been were possible standardization of diagnostics, activities and progress in nursing in recent decades. We completed the

inferential bibliographic analysis with a contributory exploration of a group of nurses in our environment.

INTRODUCCIÓN.

Este trabajo es una revisión bibliográfica que realiza una síntesis de toda la información recolectada sobre la historia y origen de la North American Nursing Diagnosis Association (en adelante, NANDA). También hemos considerado conveniente explicar el proceso que se desarrolla para la correcta creación de los diagnósticos, y su evolución hasta llegar a ser publicados en su libro, además del papel que ésta ha ejercido en la estandarización del lenguaje enfermero, y la identidad y conocimientos relacionados con esta disciplina.

Al realizar las prácticas de enfermería en el ámbito hospitalario, he escuchado muchas quejas de las enfermeras sobre la realización de los planes de cuidados y ponían en cuestión la utilidad de dicho proceso. Debido a esto, hemos elegido este temario con el objetivo de profundizar en este campo y poder así entender mejor el duro trabajo que ha sufrido la evolución de la enfermería para llegar a su lugar en la actualidad, gracias al trabajo de la NANDA y sobre todo, a la estandarización de los diagnósticos, actividades y resultados de enfermería. Este trabajo puede servir para la reflexión de los profesionales sobre la importancia de realizar un buen plan de cuidados, aunque tenga sus inconvenientes, para la correcta asistencia de nuestros pacientes (Atienza, 2007)¹.

El análisis consta de dos partes: un marco teórico que abarca desde el origen de la North American Nursing Diagnosis Association, taxonomía diagnóstica y la aportación de esta asociación al conocimiento enfermero. En la segunda parte se ha realizado una entrevista a modo de sondeo para indagar en la opinión de un grupo de enfermeras, que no es significativo (10 enfermeras), donde éstas dan su opinión sobre la importancia de la NANDA en la práctica enfermera, sin más pretensión que la de observar cómo ha repercutido el conocimiento del diagnóstico en nuestro entorno local y en qué medida se lleva a cabo en distintas áreas de actuación.

Discusión de las fuentes.

Hemos realizado una búsqueda bibliográfica sistemática desde el año 1992 al año 2012 en diferentes bases de datos, tales como: BDNF, Biomed, Cinahl, Cochrane,

Cuiden, Dialnet, Medline, PubMed y LILACS. En éstas hemos encontrado aproximadamente cuatro mil artículos en portugués, inglés y español.

De esta vastísima producción hemos seleccionado 37 artículos, los cuales hemos considerado que estaban realmente relacionados con el tema del trabajo y de los que podía recolectar buena información y eran más completos. Para ello hemos empelado las siguientes palabras clave: “NANDA”, “taxonomía II”, “Nanda and knowledge”, “NANDA and history”, “NANDA and identidad enfermera”, “NANDA and nursing activities”, “NANDA and nursing knowledge”, “nursing knowledge and history”, “North American Nursing Diagnosis Association”, “conocimiento enfermero”, “pensamiento enfermero”, “taxonomía enfermera”, “NANDA and conocimiento enfermero”.

Bases de datos.	Nº artículos.	Lengua
BDEF	5	Portugués.
Biomed	1	Inglés.
Cinahl	8	Inglés.
Cochrane	1	Inglés.
Cuiden	14	Español.
Dialnet	3	Español.
Medline	5	Inglés.

En la actualidad y conforme se verá en el siguiente trabajo, la labor de la NANDA no es reconocido como se debe, ni es del todo aceptado, según la opinión de las enfermeras seleccionadas para nuestro trabajo de campo y algunos autores como Granollers (Granollers, 2006)². Por este motivo queda todavía mucho que avanzar en la evolución de la enfermería y la aceptación de su lenguaje estandarizado. Por otro lado, cabe decir que si bien la producción extranjera es importante, la repercusión ejercida por la NANDA en España es mayor de lo que, en principio, cabría imaginar con una producción científica muy por encima de la media de lo extra-nacional.

OBJETIVOS.

Los dos objetivos principales que pretendemos con este trabajo fin de grado son:

- El primer objetivo, el cual consideramos el principal, es mostrar mediante la evidencia, la influencia que la asociación internacional “North American Nursing Diagnosis Association” ha ejercido en las diferentes ramas de la enfermería.

- El segundo es exponer y reflejar los cambios originados por la NANDA, y como son aceptados por el personal de enfermería en el día a día, según el estudio de campo realizado.

METODOLOGÍA.

Se trata de un trabajo bibliográfico que hemos completado con un estudio descriptivo en el hospital “Torrecárdenas” a 10 enfermeras con el objetivo de trasladar la teoría citada a la situación práctica de la actualidad. Después de los referentes teóricos explicaremos el estudio realizado con los resultados obtenidos mediante el sondeo realizado a través de una encuesta, con el fin de averiguar el conocimiento y opinión que nuestras enfermeras locales tienen de la NANDA.

El sondeo en las opiniones de un grupo de enfermeras de 10 enfermeras de 5-20 años desempeñando la profesión, consiste en una encuesta no validada de 7 preguntas abiertas, en la que cada una ha expuesto sus pensamientos sobre el tema que planteamos.

REFERENTES TEÓRICOS.

Origen de la NANDA.

Los diagnósticos de enfermería aparecieron en la literatura profesional española a principios de la década de los ochenta, siendo las escuelas de enfermería sus principales promotoras. Con el tiempo se fue difundiendo el concepto de diagnóstico de enfermería y el listado de diagnósticos de la NANDA. Debido a esto, la Asociación Española de Enfermería Docente (AEED) inició en 1988 una política de apoyo a la difusión del trabajo de la NANDA y organizó un seminario sobre esta asociación en Madrid. Además de una serie de cursos impartidos al año siguiente por la profesora L.J. Carpenito (miembro activo de la NANDA), al mismo tiempo que creó un seminario de trabajo para la discusión y traducción del listado de la Taxonomía I. En la década de los noventa, la Asociación Española de Enfermería Docente decidió organizar un grupo de trabajo para dar respuesta a las necesidades e inquietudes de los profesionales (Acosta, 1992; Gómez, 2003)^{3 4}.

Al comenzar la década de los setenta se le ofreció a dos enfermeras americanas, la oportunidad de colaborar en un proyecto para intentar demostrar las ventajas del

trabajo en equipo del personal sanitario para el cuidado de enfermos, pero se debían cumplir dos requisitos:

- Los datos obtenidos de los enfermos tenían que poder ser codificados para su computarización.
- Los miembros de cada disciplina tenían que proporcionar cuidados que no fueran ya brindados por otros miembros del equipo de salud.

Viendo que las enfermeras no cumplieron dichos requisitos, acudieron en busca de ayuda a la Escuela de Enfermería de la Universidad de San Luis. Por ello en 1973, Kristine Gebbie y Mary Ann Lavin convocaron a un grupo de enfermeras y organizaron la First National Conference for the Classification of Nursing Diagnosis (Primera Conferencia Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería). En esta primera reunión se formó el National Conference Group for the Classification of Nursing Diagnosis, esforzándose en la identificación, desarrollo y clasificación de los diagnósticos de enfermería. A partir de este momento, el National Conference Group se reunían cada dos años mediante invitación personal. Los participantes formaron grupos de trabajo en los que formaban diagnósticos (etiqueta, definición, características definatorias y factores etiológicos y contribuyentes) basándose en situaciones de pacientes, experiencias clínicas y consultas bibliográficas. Dichos diagnósticos eran aceptados o rechazados mediante voto mayoritario de los participantes (Acosta, 1992).

Para una mejor valoración de los diagnósticos a partir de la quinta conferencia (1982) se permitió la participación de todos los profesionales de enfermería que lo solicitaran. En esta conferencia se cambió el proceso de generar los diagnósticos y desapareció el National Conference Group for the Classification of Nursing Diagnosis, creándose en su lugar la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) cuyo principal objetivo era el desarrollo y perfeccionamiento de los diagnósticos de enfermería y la formación de una taxonomía diagnóstica propia (Sparks, 2007)⁵.

Misión y funciones de la NANDA.

La misión principal es avanzar en el desarrollo de las terminologías y clasificaciones enfermeras y proporcionar a estas profesionales en todas las áreas de la práctica un lenguaje estandarizado para:

- Valorar las respuestas del cliente/paciente a los problemas de salud reales o potenciales o crisis vitales.

- Documentar los cuidados para reembolsar el coste de los servicios enfermeros por parte de las compañías aseguradoras.

- Crear y usar bases de datos que faciliten la documentación y el estudio de los fenómenos de interés de las enfermeras para mejorar los cuidados de los pacientes.

Según Sparks, la NANDA posee una serie de funciones para facilitar la atención a los profesionales de enfermería, estas son:

- Proporcionar a las enfermeras un lenguaje estandarizado para describir su práctica que puede usarse para comunicarse entre ellas en diversas especialidades y culturas, con los miembros de otras disciplinas de los cuidados de la salud, y con los consumidores de cuidados de salud.

- Publicar una revista trimestral que contiene las últimas novedades sobre las terminologías y clasificaciones enfermeras en todo el mundo.

- Proporcionar apoyo, comunicación y recursos a través de las conferencias, publicaciones, becas y redes de trabajo. Hay tutorías para las enfermeras que estén interesadas en desarrollar nuevos diagnósticos y refinar los actuales (Sparks, 2007).

Inicio de la taxonomía diagnóstica.

Durante las primeras conferencias, el National Group no consiguió el acuerdo para la clasificación, por lo que se hizo un listado por orden alfabético. En la tercera conferencia, un grupo de teorizadores presididos por Callista Roy, empezaron a trabajar sobre la base conceptual del esquema de clasificación, desarrollando una estructura taxonómica útil y manejable. En esta conferencia, los componentes del grupo estudiaron la lista alfabética de diagnósticos y, generaron patrones llamados (Patrones del Hombre Unitario) que agrupaban los diagnósticos individuales. También se identificaron cuatro niveles de abstracción, siendo el nivel I muy abstracto y general, mientras que el nivel IV es el más específico y concreto. Este último es el más práctico para la enfermería (Hernández, 2005)⁶.

En la quinta conferencia, este grupo solo consiguió presentar los nuevos Patrones del Hombre Unitario, además de identificar los patrones y los niveles de

abstracción. En la séptima conferencia y mediante el consejo del grupo de expertos de la NANDA, se sustituyó la denominación Patrones del Hombre Unitario por “Patrones de Respuesta Humana”, perteneciendo estos al nivel I de abstracción y formando el marco organizativo para la taxonomía y abarcando el total de manifestaciones de los patrones de interacción entre la persona y su entorno. Los nueve Patrones de Respuesta Humana son: intercambio, comunicación, relaciones, valores, elección, movimiento, percepción, conocimiento, sentimientos/sensaciones (Ornelas, 2008)⁷.

Secuencia para la revisión y aprobación de los diagnósticos.

Gómez Arcas, entre otros, define claramente que los diagnósticos nos van a permitir centrar nuestro ámbito de actuación, permitiendo definir con claridad los objetivos que queremos alcanzar con los cuidados prestados a la persona o la comunidad, así como poder orientar las intervenciones y actividades que son más efectivas para superar el problema (Gómez, 2003: 4)⁸. Por otra parte, Fehring referido por Giménez M “*un diagnóstico enfermero válido es aquel que está bien fundamentado en la evidencia y es capaz de soportar las críticas de las enfermeras profesionales*” (Carrillo, 2007)⁹.

La NANDA desarrolló en 1994 una secuencia formal para la incorporación de la lista de los nuevos diagnósticos propuestos o revisar los existentes. Se trata de un proceso cíclico y asegura el desarrollo y perfeccionamiento de la taxonomía. Los pasos a seguir durante el proceso son:

- Paso 1: recepción del diagnóstico. Los diagnósticos pueden ser revisados por peticiones de la NANDA o por personas o grupos de personas que quieren revisar un determinado diagnóstico. Cuando son recibidos por la asociación, se realiza una primera revisión para comprobar que cumple con las guías establecidas. En el caso que no las cumpla, es devuelto a su remitente para que sea completado tal y como lo describe la guía. Los que reúnen las características entran en la secuencia de revisión.

- Paso 2: los diagnósticos pasan a ser del dominio de todos los profesionales. En este paso, la NANDA reconoce los diagnósticos sometidos a revisión como pertenecientes a todos los profesionales. Para ello, publica en su revista un resumen de

los diagnósticos sometidos a revisión, seguido del nombre de la persona o personas que lo han desarrollado.

- **Paso 3: los diagnósticos son revisados por grupos de trabajo clínicos/técnicos.** El Comité para la Revisión de los Diagnósticos de la NANDA (CRD) se encarga de revisarlos y recomendar a la Junta Directiva su modificación, aceptación o rechazo. El CRD para recibir asesoramiento, creó grupos de trabajo clínicos/técnicos que revisan los diagnósticos específicos. Los componentes de estos grupos se eligen basándose en la experiencia clínica y técnica sin tener en cuenta su pertenencia a dicha asociación.

- **Paso 4: los diagnósticos son revisados por el Comité para la Revisión de los Diagnósticos.** Una vez remitida la crítica por parte de los grupos de trabajo, el Comité para la Revisión de Diagnósticos se reúne para revisar, discutir y tomar una decisión sobre los nuevos diagnósticos. Pueden darse tres resultados:

- El grupo lo acepta sin cambios o cambios menores.
- El grupo lo acepta con cambios sustanciales.
- El grupo lo rechaza aportando las razones de ello.

A continuación, este comité notifica a la Junta Directiva de la NANDA y a la persona o personas que lo sometieron a consideración, el resultado del proceso.

- **Paso 5: los diagnósticos son revisados por el Comité para la Revisión de los Diagnósticos.** En este paso, la Junta Directiva recibe las recomendaciones del Comité para la Revisión de Diagnósticos y, revisan, discuten y toman una decisión, dándose tres posibles resultados:

- La Junta Directiva acepta la recomendación del Comité para la Revisión de los Diagnósticos.

- Devuelve el diagnóstico al Comité para la Revisión de los Diagnósticos con comentarios para su revisión y recomendaciones de cambio.

- Rechaza las recomendaciones del Comité para la Revisión de los Diagnósticos, aportando las razones específicas para ello.

A continuación, el Comité para la Revisión de los Diagnósticos notifica a las personas que remitieron el diagnóstico, la decisión de la Junta Directiva, y prepara los diagnósticos aceptados para su revisión y comentario en la Asamblea General (Acosta, 1992).

- **Paso 6: los diagnósticos son revisados en la Asamblea General.** La Asamblea General tiene la autoridad de revisar y comentar los diagnósticos propuestos

antes de someterse a la votación de los miembros. El Comité para la Revisión de los Diagnósticos prepara los diagnósticos para la revisión y discusión, recoge los comentarios de la Asamblea, incorpora los cambios propuestos e informa de los mismos a la Junta Directiva.

- **Paso 7: los diagnósticos son sometidos a la votación de los miembros de la NANDA.** Después de revisar y discutir en la Asamblea, los miembros de la NANDA aportan su voto por correo sobre la aceptación o rechazo de los diagnósticos. Los aprobados forman parte de la taxonomía diagnóstica; mientras que los no aprobados pueden ser revisados e incorporarse de nuevo al ciclo.

- **Paso 8: el ciclo es reactivado.** El ciclo de revisión se reactiva. Los cambios de los diagnósticos aceptados siguen el mismo proceso que se ha comentado anteriormente (Acosta, 1992).

Validación de los diagnósticos.

La mayoría de los autores coinciden en la existencia de dos modelos de validación de diagnósticos:

- **El modelo de validación de diagnósticos Hoskins:** este modelo consta de tres fases. La primera describe el análisis de concepto e identifica características, la segunda fase incluye la validación por expertos, en las que se revisan y evalúan las características que define la lista; mientras que en la tercera fase, llamada validación clínica, las características definitorias son probadas por dos enfermeras con práctica y capacidad de diagnosticar.

- **Modelo de validación de diagnósticos Fehring:** el contenido de este requiere una revisión de la literatura, a priori. La secuencia de características que lo definen analiza como contribuir para validar los diagnósticos. Esta etapa es realizada específicamente por enfermeras (Ornelas, 2008: 65).

Los primeros diagnósticos.

Entre 1973-1992 tuvieron lugar diez conferencias en las que se originaron ciento nueve diagnósticos, diez de los cuales fueron aprobados en la décima conferencia de San Diego, California (1992), cuando la Organización Mundial de la Salud solicitó a la NANDA un listado de la taxonomía para considerar su inclusión en la International

Classification of Diseases (ICD). El primer paso era la codificación de dicho listado basándose en los criterios establecidos por la Organización Mundial de la Salud para la International Classification of Diseases (Sparks, 2007; Blegen, 1997)¹⁰.

Después de la conferencia bianual en abril de 1994, al intentar clasificar en la Taxonomía I los nuevos diagnósticos admitidos, el Comité para la Taxonomía tuvo muchas dificultades. En vista de ello, y del reciente número de nuevos diagnósticos propuestos, decidieron desarrollar una nueva estructura taxonómica (Brito, 2012)¹¹. Después de una serie de reuniones y discusiones, y tras solicitar el permiso de la Dra. Gordon, se usaron sus Patrones Funcionales de Salud, que pasaron a llamarse Dominios, como base de la nueva estructura. Estos dominios iniciales fueron sometidos a diversas modificaciones con los que, en opinión del Comité para la Taxonomía, se han reducido casi a cero los errores de clasificación y las redundancias (Giménez, 2000)¹². Una vez acordado el número y nombre de los dominios se decidió el número y nombre de las clases que debía contener cada uno de ellos, procediéndose luego a definirlos. A continuación, se situó cada diagnóstico en una clase concreta dentro de un dominio específico, con especial atención a la coherencia entre las definiciones del dominio, la clase y el diagnóstico (López, 2006)¹³. El resultado del proceso fue la Taxonomía II, con sus trece dominios, 46 clases, 106 conceptos diagnósticos y 155 diagnósticos (ANEXO TABLAS). En la décimo quinta conferencia, celebrada en 2002, se añadieron doce diagnósticos nuevos, por lo que actualmente existen ciento sesenta y siete diagnósticos de enfermería aceptados (Luis, 2004)¹⁴.

Para finalizar este apartado vemos conveniente explicar la diferencia entre la taxonomía I y la II. Esta consiste en que la Taxonomía II es multiaxial, por lo que es más flexible que la I (un solo eje), facilitando así la inclusión de nuevos diagnósticos, además de múltiples combinaciones entre la NANDA, NIC y NOC (Giffoni, 2003: 1)¹⁵. También es importante mencionar que tanto las enfermeras tituladas y estudiantes de enfermería que estén interesados en el objetivo de la organización, pueden formar parte del grupo NANDA (Müller-Staub, 2008)¹⁶.

TAXONOMÍA NNN.

La North American Nursing Diagnosis Association desarrolla una terminología concreta para describir los diagnósticos enfermeros. Éstos, son la base para la selección de resultados e intervenciones enfermeros. Esta relación refleja la necesidad de una estructura común. La taxonomía NNN (NANDA-NOC-NIC) para la práctica enfermera se ha creado y refinado en los últimos años para unir los diagnósticos, los resultados y las intervenciones enfermeras (Kautz, 2008)¹⁷. Estas nomenclaturas son instrumentos para mejorar la fiabilidad, la validez y la utilidad de la enfermería documentación (Ciqueto, 2009; Hughes, 2008)^{18 19}.

El lenguaje debe ser estandarizado para que no sucedan ambigüedades (Jones, 2010)²⁰. La preocupación con la estandarización del diagnóstico de enfermería comenzó con la creación de la Clasificación de Diagnóstico de Enfermería, por la North American Nursing Diagnosis Association. El uso de este lenguaje estandarizado ha posibilitado la normalización de la práctica enfermera y el conocimiento de esta, disminuyendo la variabilidad de la práctica clínica, pudiendo identificar los problemas y necesidades de cuidados de los pacientes, qué resultados esperamos y qué intervenciones son necesarias (Thoroddsen, 2012)²¹. También permite una mejor evaluación de la eficacia de la atención prestada, y mejora de la comunicación y la interdisciplinaridad (Tirado, 2011; Clancy, 2007)^{22 23}.

En la Universidad de Iowa en 1987, con el propósito de ordenar las actuaciones enfermeras en grupos y asignarles un nombre (intervención) se creó la NIC, que ofrecía un lenguaje consensuado y codificado de intervenciones de enfermería (Tirado, 2011). Las intervenciones incluyen tanto los niveles fisiológicos como psicosociales, se utilizan para tratamiento de enfermedades y el fomento de la salud, y se utilizan para cuidados individuales y de la comunidad (Gómez, 2003).

El uso de la N.I.C., se puede hacer por campos de actuación. Ésta consta de seis campos, que a su vez se dividen en clases.

1. Psicológico básico, cuidados que apoyan el funcionamiento físico.
2. Psicológico complejo, cuidados que apoyan la regulación hemostática.

3. De la conducta, cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios en los estilos de vida.

4. Seguridad, cuidados que apoyan la protección contra daños.

5. Familia, cuidados que apoyan la unidad familiar

6. Sistema sanitario, cuidados que apoyan un uso eficaz de administración de cuidados.

La utilización de la N.I.C. por campos es práctica, pero es mucho más eficaz si trabajamos con objetivos, y por tanto si utilizamos las herramientas que disponemos como es la taxonomía de diagnósticos NANDA. Así, la forma de elaborar planes de cuidados con intervenciones N.I.C, es fácil utilizando la clasificación de diagnósticos con sus respectivas intervenciones (Gómez, 2003).

La N.O.C. (NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION) se formó en la Universidad de Iowa en 1991. Su propósito era conceptualizar, etiquetar, validar y clasificar los resultados de los pacientes dependientes de enfermería. En España se creó la fundación sobre la Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). La N.O.C fue elaborada como continuación de la N.I.C. A través de escalas de medición pone números, cifras y nombre a los objetivos de enfermería en función de diagnósticos NANDA. Por tanto pone nombre a los resultados de las intervenciones enfermeras. La clasificación actual es una lista de 260 resultados con definiciones, indicadores y escalas de medidas. La clasificación los resultados son para uso individual, familiar, poblacional o de la comunidad. La clasificación contiene 17 escalas de medida, dado que los resultados son conceptos variables que representan conductas y percepciones, por lo que se seleccionó una escala de Likert de 5 puntos para éstas (Gómez, 2003).

INFLUENCIA EN EL CONOCIMIENTO ENFERMERO.

A partir de la creación de la NANDA hasta la actualidad hemos caminado mucho en el terreno de la unificación del lenguaje, un lenguaje profesional propio, elemento imprescindible para consolidar la disciplina enfermera. El camino ha sido largo hasta llegar a contar, como tenemos en la actualidad, con una taxonomía enfermera propuesta por la NANDA (Paans, 2012; Jorge, 2009)^{24 25}. Gómez y Terol

apuntan que el conocimiento es, sin duda, uno de los más poderosos instrumentos de transformación y progreso; una de las más poderosas palancas de desarrollo, de igualdad de oportunidades, de cohesión y de movilidad social (Gómez, 2003; Nogales, 2006)²⁶.

Según Martínez Riera, debemos identificar claramente el papel del conocimiento como oportunidad y palanca fundamental del desarrollo enfermero, combatiendo la más radical y peligrosa desigualdad y amenaza de nuestros días, la desigualdad del conocimiento. Basándonos en enfermería y la importancia que el conocimiento tiene en esta disciplina, afirmamos que el conocimiento explícito enfermero es el que nos acredita con una categoría profesional y académica. Nos da acceso al mercado laboral y permite definir competencias, nivel administrativo y tipo de contrato (Mantzoukas, 2008)²⁷. Es común a todas las enfermeras y nos acredita a nivel del estado como poseedoras de un conocimiento concreto y diferenciado de otros profesionales (Martínez, 2007; Kern, 2008)^{28 29}.

Después de hablar del conocimiento desde el punto de vista enfermero, ahora vamos a centrarnos concretamente en el sistema sanitario. El sistema sanitario, desde un principio, está organizado y estructurado en función del conocimiento médico (unidades y departamentos por especialización médica, unidades de diagnóstico agrupadas, etc.), pero el conocimiento enfermero se contempla vagamente a la hora de organizar y gestionar un hospital (Morales, 2006)³⁰. El conocimiento enfermero se tiene en cuenta exclusivamente para la distribución de personal y en algunas ocasiones, como unidades de cuidados intensivos o unidades pediátricas, valorando el nivel de necesidad según cargas de trabajo, enfermera/paciente, pero fuera de estos casos y circunstancias no se gestiona pensando en el conocimiento y en la necesidad de gestión de los profesionales enfermeros (Lunney, 2008)³¹. Pero no en todos los servicios sanitarios es así. Según Farreons Noguera, en la organización de las unidades de atención primaria se perfila la existencia en la organización de más sensibilidad hacia el conocimiento enfermero y además existe generación de conocimiento grupal, incluso de grupos formados por diferentes profesionales (Farreons, 2007)³².

Para concluir este punto nos gustaría parafrasear la definición que Juvé y Watson proporcionan haciendo alusión de la información que incorporan y manejan las enfermeras, generada por el uso de los diagnósticos enfermeros: “las enfermeras son profesionales del conocimiento; requieren conocimientos especializados para su práctica, y en su práctica son grandes generadoras y consumidoras de información y conocimiento”. (Juvé Udina, 2012; Watson, 2005)^{33 34}.

TRABAJO DE CAMPO.

El cuestionario que hemos elaborado para este trabajo, se ha utilizado en los servicios en los que he realizado las prácticas, concretamente en las unidades de U.C.I. de adultos (polivalentes y coronarias), U.C.I pediátrica y reanimación, a una muestra de 10 enfermeras. El propósito es poder complementar la información analizada en el marco teórico anterior desde el punto de vista de la práctica, por lo que hemos realizado preguntas conectadas con el contenido teórico de este trabajo. Hemos de resaltar el ambiente de confianza y colaboración por parte del personal, y sin ningún tipo de negación a la realización de dicha encuesta.

En este apartado vamos a exponer la encuesta de elaboración propia (excepto la pregunta 5 “*¿Es el conocimiento, las fuentes de conocimiento y razonamiento habilidades que afectan a la precisión de los diagnósticos de enfermería?. Razone su respuesta*” y la pregunta 6 “*¿Qué conocimientos de enfermería piensa que deben desarrollarse más para el desarrollo de la práctica enfermera?.*” Ambas preguntas están incluidas en los trabajos de Paans y Herdman los cuales hemos incluido en este estudio. (Paans, 2012; Herdman, 2011)³⁵

1. ¿Qué opina sobre la importancia de la NANDA en enfermería?.

El 80% de las enfermeras coinciden con que “*es poco práctica y difícil de aplicar en muchos casos debido a la falta de tiempo*”. Por el contrario, el 20%, piensan que “*es la mejor herramienta para la enfermera, algo objetivo y medible. Es una buena manera científica de nombrar la sintomatología relacionada con la enfermedad*”.

2. ¿Cómo piensa que habría evolucionado la enfermería sin la influencia de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)?.

En esta cuestión el 90% coinciden en que la enfermería habría seguido evolucionando, exceptuando a una enfermera (10%) que si la apoya, con la siguiente afirmación: “*la enfermería sería desorganizada, no reconocida, sin poder medir la calidad de los cuidados, sin identificar cuestiones relacionadas con el paciente y la familia*”.

3. ¿Piensa que se ha complicado el trabajo de la enfermería desde la implementación en el hospital del plan de cuidados de los pacientes con los diagnósticos, actividades y resultados de enfermería?. Razone su respuesta.

El 100% del personal afirman: *“si se ha complicado porque quita tiempo de cuidado a los pacientes y ya se tiene bastante carga de trabajo”*.

4. ¿Son correctos los diagnósticos, actividades de enfermería y resultados establecidos por la NANDA?.

El 80 % de las enfermeras dice: *“no todos, bien porque algunos sobre o sean muy generalizados y de fácil aplicación”*; mientras que el 20% afirman: *“si son correctos”*.

5. ¿Es el conocimiento, las fuentes de conocimiento y razonamiento habilidades que afectan a la precisión de los diagnósticos de enfermería?. Razone su respuesta.

En este caso las respuestas se encuentran divididas equitativamente. El 50% coinciden en la negación sin razonar la respuesta; mientras que el otro 50% razonaron su respuesta afirmativa añadiendo: *“sí, porque en la práctica diaria se utilizan los planes estandarizados para todos los pacientes con los mismos diagnósticos, además han sido generados por enfermeros que conocen la diversidad de la profesión”*.

6. ¿Qué conocimientos de enfermería piensa que deben desarrollarse más para el desarrollo de la práctica enfermera? (Herdman, 2011).

“El conocimiento de los cuidados, observación y escucha activa, más conocimientos teóricos técnicos de la profesión, psicología, habilidades manuales, lógica, especialización, habilidades socio-humanistas y actitudes como la empatía”.

7. ¿Cómo piensa que el trabajo de la North American Nursing Diagnosis Association ha influido en el desarrollo de la identidad enfermera?.

En esta cuestión existe variabilidad de respuesta, un 20% no han contestado, el 60% aseguran que no ha influido, y el 20% afirman *“creo que ha sido uno de los motores para hacer de la profesión enfermera un oficio”*. *“Nos ha ayudado a organizar el trabajo y a no olvidar ningún aspecto social ni físico del paciente”*.

DISCUSIÓN.

Podemos resaltar que las enfermeras no están todavía familiarizadas con los diagnósticos, actividades y resultados de enfermería. La mayoría no están tan seguras de que la enfermería haya evolucionado gracias al trabajo realizado por la NANDA, sino que todo hubiese seguido igual.

Desde el punto de vista enfermero solo se ha conseguido añadir más carga de trabajo al personal, y restándole tiempo a los cuidados realizados tanto al paciente como a la familia. También se puede observar como el personal de enfermería se encuentra cada vez más desmotivado por parte de las administraciones. Pensamos que es importante mencionar, aunque no venga reflejado en las encuestas, el lenguaje no verbal que observé al realizar este estudio. En el momento en el que se le dijo el temario, la mayoría pusieron caras de decepción y enojo, por lo que con anterioridad ya se sabían las respuestas.

Para concluir nos gustaría añadir que debería de fomentarse la investigación científica, y así quizás, cambiaría las visiones que tiene este personal sobre la North American Nursing Diagnosis Association.

CONCLUSIONES.

Después de revisar toda la bibliografía de los últimos 11 años sobre la NANDA, se confirma que, a pesar de ciertas críticas hacia la taxonomía, la mayoría de autores opinan que la North American Nursing Diagnosis Association ha tenido un rol fundamental en la evolución de la enfermería, gracias principalmente a la creación de una taxonomía estandarizada. A partir de esta creación esta profesión ha ido evolucionando en sus diferentes ramas.

No podemos olvidarnos mencionar el conocimiento enfermero que junto con el trabajo de la NANDA han influido considerablemente en la evolución de la identidad enfermera. En poco tiempo se ha pasado de estar considerada como la ayudante de los facultativos médicos a ser reconocida como una profesión independiente con sus propios conceptos y paradigmas.

Según la información recolectada en la encuesta, podemos afirmar que algunas enfermeras necesitan profundizar más, basándose en la evidencia, sobre el trabajo que ha realizado la NANDA en los diferentes campos de la enfermería, y así valorar el trabajo que ésta y sus fundadores y colaboradores han desempeñado. También hay que tener en cuenta que el personal de enfermería debería formarse a la hora de realizar un plan de cuidados correcto, tanto en la selección de los diagnósticos como en las actividades y resultados. Con un plan de cuidados correcto mejora la asistencia ofrecida al paciente y a la familia, y a largo plazo puede disminuirse el coste del sistema sanitario.

Para finalizar cabe destacar que los autores añaden que la enfermería en las últimas décadas está evolucionando hacia una mejor disciplina, y que con el paso del tiempo será cada vez más reconocida como lo que realmente es, sin tener la sombra de la medicina. Para ello tenemos que contribuir todos para que no cese esta evolución y beneficiar a quién más lo necesita, que son nuestros pacientes junto con sus familiares.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Atienza E, Alba A, Delgado M, Vilchez MC, Feria I, Molina A. Aplicación informática para la elaboración de planes de cuidados aplicando el modelo de enfermería Roper-Logan-Tierney, vinculando las taxonomías NANDA, NOC y NIC. Revista Presencia. 2007 jul-dic; 3(6).
2. Granollers Sardà R, Montanuy Baró T, Almirall E, Roca Bitria B, Ortega Jiménez B. ¿Utilizan las enfermeras el método científico?. Revista Rol de Enfermería. 2006; 29 (7-8): 509-12.
3. Acosta Suárez, G; Fernández Ferrín, C. Diagnósticos de enfermería. Taxonomía diagnóstica de la Nanda. Barcelona. Doyma. 1992.
4. Gómez Mazo N, Sanguillo Antolín M. Análisis de los diagnósticos de enfermería. Enfuro. 2003 jul-ago-sep; 87:14-15.
5. Sparks Ralph, S. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2005-2006. Madrid: Elsevier; 2007.
6. Hernández Ruipérez MM, Sáez Soto AR, Arellano Morata C. Influencia de un grupo de mejora en la implementación del lenguaje de Nanda. Enfermería global: revista electrónica semestral de enfermería. 2005; 6.
7. Ornelas Thomazini J, de Moura-Ferreira MC, Ornelas S. Diagnóstico de enfermagem e estrutura taxonómica ii da Nanda e validação diagnóstica. Cuidarte. 2008 jul-dic; 2 (2): 172-80.
8. Gómez Arcas M, Terol Fernández E. Identidad enfermera: hacia un lenguaje común. Enfermería docente. 2003; 78: 5-13.
9. Carrillo González GM, Rubiano Mesa YL. La investigación en validación de diagnósticos de enfermería. Revista Cubana Enfermería. 2007 jul-sep; 23 (3).

10. Blegen M, Tripp-Reimer T. Implications of nursing taxonomies for middle-range theory development. *Advances in nursing science*. 1997 mar; 19 (39): 37-49.
11. Brito Brito PR. La precisión diagnóstica en enfermería. *Metas de enfermería*. 2012 jul-ago; 15 (6): 59-64.
12. Giménez Maroto AM. Situación actual y futuro de la taxonomía diagnóstica de NANDA: entrevista con la Dra. Dorothy Jones. *Metas de Enfermería*. 2000; 29: 26-31.
13. López Monteiro da Cruz D, Kitazulo RC, Mattos Pimienta CA, Fernandes Costa Lima AF, Rapone Gaidzinski R. Atitudes frente ao diagnóstico de enfermagem a implementação de classificação de diagnóstico. *Ciência, cuidado e saúde*. 2006 sep-dic; 5 (3): 281-88.
14. Luis Rodrigo, MT. Los diagnósticos enfermeros: revisión crítica y guía práctica. 3ª edición. Barcelona: Masson; 2004.
15. Giffoni Braga C, Lopes Monteiro da Cruz DA. A taxonomía II proposta pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). *Revista latinoamericana enfermagem*. 2003 mar-abr; 11 (2): 240-44.
16. Müller-Staub M, Needham I, Odenbreit M, Lavin MA, van Achterberg T. Implementing nursing diagnostics effectively: cluster randomized trial. *Journal of Advanced Nursing*. 2008 ago; 63 (3): 291-301.
17. Kautz DD, van Horn ER. An exemplar of the use of NNN language in developing evidence-based practice guidelines. *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2008 Jan-Mar; 19 (1).
18. Ciqueto Peres HH, Lopes Monteiro da Cruz DA, Fernandes Costa Lima A, Rapone Gaidzinski R, Franco Ortiz DC, Mendes e Trindade M et al. Desenvolvimento de Sistema Eletrônico de Documentação Clínica de Enfermagem estruturado em

diagnósticos, resultados e intervenções. Revista escuela enfermagem. 2009 dec; 43 (2): 1149-55.

19. Hughes R, Lloyd D, Clark DJ. A conceptual model for nursing information. International Journal of Nursing Terminologies & Classifications. 2008 Apr-Jun; 19 (2): 48-56.

20. Jones D, Lunney M, Keenan G, Moorhead S. Standardized nursing languages: essential for the nursing workforce. Annual Review of Nursing Research. 2010; 28: 253-94.

21. Thoroddsen A, Ehnfors M, Ehrenberg A. Nursing Specialty knowledge as expressed by standardized nursing languages. International Journal of Nursing Terminologies & Classifications. 2010 Apr-Jun; 21 (2): 69-79.

22. Tirado Pedregosa G, Hueso Montoro C, Cuevas Fernández-Gallego M, Montoya Juárez R, Bonill de las Nieves C, Schmidt Río-Valle J. Cómo escribir un caso clínico en Enfermería utilizando Taxonomía NANDA, NOC, NIC. Index de enfermería: información bibliográfica, investigación y humanidades. 2011; 20 (1-2): 111-15.

23. Clancy TR, Delaney CW, Morrison B, Jody K. The benefits of standardized nursing languages in complex adaptive systems such as hospitals. Journal of Nursing Administration. 2006 sep; 36 (9): 426-34.

24. Paans W, Sermeus W, Niebeg RMB, Krijnen WP, van der Schans CP. Do knowledge, knowledge sources and reasoning skills affect the accuracy of nursing diagnoses? A randomised study. BMC Nursing. 2012; 11 (11). (1).

25. Jorge Samitier P. El pensamiento enfermero. Enfermería Comunitaria. 2009 ene-jun; 5

26. Nogales Espert A. Pensamiento enfermero e historia. Necesidad de vertebración filosófica e histórica en enfermería. Cultura de los cuidados: revista de enfermería y humanidades. 2006; 20: 14-21.

27. Mantzoukas S, Jasper M. Types of nursing knowledge used to guide care of hospitalized patients. *Journal of advanced Nursing*. 2008 May; 62 (3): 318-26.

28. Martínez Riera JR. Globalización del conocimiento enfermero. ¿Amenaza u oportunidad?. *Desarrollo científico de enfermería*. 2007 nov-dic; 15 (10): 427-28.

29. Kern N. Book Review: Nursing knowledge development and critical practice. *Nursing Philosophy*. 2008 oct; 9 (4): 279-80.

30. Morales de Figuereido R, Zem-Mascarenhas SH, Alves Napoleao A, Bueno de Camargo A. Caracterización de la producción del conocimiento sobre sistematización de la asistencia de enfermería en Brasil. *Revista escola de enfermagem*. 2006; 40 (2): 299-303.

31. Lunney M. Current knowledge related to intelligence and thinking with implications for the development and use of case studies. *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2008 oct-dec; 19 (4): 158-62.

32. Farreons Noguera L. Las dimensiones conceptuales del conocimiento y su adaptación teórica al conocimiento enfermero. *Revista Tesela*. 2007 jul-dic; 1 (2).

33. Juvé Udina ME. Evaluación inductiva de la estructura de una terminología enfermera: conceptualización del proceso enfermero. *Nursing*. 2012; 30 (7): 62-66.

34. Watson J. Guest editorial: What, may I ask is happening to nursing knowledge and professional practices?. What is nursing thinking at this turn in human history?. *Journal of Clinical Nursing*. 2005 sep; 14 (8): 913-914.

35. Herdman TH. What nursing knowledge is needed to develop nursing practice?. *Revista Eletrônica de enfermagem*. 2011; 13 (2): 159-60.

ANEXOS

ANEXO TABLAS. DIAGNÓSTICOS ACEPTADOS DESDE 1972 HASTA LA ACTUALIDAD (Sparks, 2007).

TABLA 1.

Dominio 1: Promoción de la salud.	Dominio 2: Nutrición.	Dominio 3: Eliminación e intercambio.
00097 Déficit de actividades recreativas.	00103 Deterioro de la deglución.	00016 Deterioro de la eliminación urinaria.
00168 Estilo de vida sedentario.	00216 Leche materna insuficiente.	000166 Disposición para mejorar la eliminación urinaria.
00188 Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud.	00002 Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades.	00017 Incontinencia urinaria de esfuerzo.
00188 Disposición para mejorar el estado de inmunización.	00001 Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades.	00019 Incontinencia urinaria de urgencia.
00078 Gestión ineficaz de la propia salud.	00163 Disposición para mejorar la nutrición.	00020 Incontinencia urinaria funcional.
00099 Mantenimiento ineficaz de la salud.	00003 Riesgo de deterioro nutricional: ingesta superior a las necesidades.	00176 Incontinencia urinaria por rebosamiento.
00043 Protección ineficaz de la salud.	00107 Patrón de alimentación ineficaz del lactante.	00018 Incontinencia urinaria refleja.
00215 Salud deficiente de la comunidad.	00194 Ictericia neonatal.	00022 Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia.
	00230 Riesgo de ictericia neonatal.	00023 Retención urinaria.
	00178 Riesgo de deterioro de la función hepática.	00013 Diarrea.
	00179 Riesgo de nivel de glucemia inestable.	00011 Estreñimiento.
	00195 Riesgo de desequilibrio electrolítico.	00012 Estreñimiento subjetivo.
	00160 Disposición para mejorar el equilibrio de líquidos.	00015 Riesgo de estreñimiento.
	00027 Déficit de volumen de líquidos.	00014 Incontinencia fecal.
	00026 Exceso de volumen de líquidos.	00196 Motilidad gastrointestinal disfuncional.
	00028 Riesgo de déficit de volumen de líquidos.	00197 Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional.
		00030 Deterioro del intercambio de gases.

TABLA 2.

Dominio 4: Actividad/reposo.	Dominio 5: Percepción/cognición.	Dominio 6: Auto percepción.
00095 Insomnio.	00123 Desatención unilateral.	00124 Desesperanza.
00198 Trastorno del patrón del sueño.	00127 Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno.	00174 Riesgo de compromiso de la dignidad humana.
00096 Deprivación del sueño.	00128 Confusión aguda.	00121 Trastorno de la identidad personal.
00165 Disposición para mejorar el sueño.	00129 Confusión crónica.	00225 Riesgo de trastorno de la identidad personal.
00088 Deterioro de la deambulación.	00173 Riesgo de confusión aguda.	00054 Riesgo de soledad.
00090 Deterioro de la habilidad para la traslación.	00126 Conocimientos deficientes.	00119 Baja autoestima crónica.
00091 Deterioro de la movilidad en la cama.	00161 Disposición para mejorar los conocimientos.	00120 Baja autoestima situacional.
00089 Deterioro de la movilidad en silla de ruedas.	00222 Control de impulsos ineficaz.	00224 Riesgo de baja autoestima crónica.
00085 Deterioro de la movilidad física.	00131 Deterioro de la memoria.	00153 Riesgo de baja autoestima situacional.
00040 Riesgo de síndrome de desuso.	00157 Disposición para mejorar la comunicación.	00118 Trastorno de la imagen corporal.
00050 Perturbación del campo de energía.	00051 Deterioro de la comunicación verbal.	
00093 Fatiga.	00167 Disposición para mejorar el autoconcepto.	
00154 Vagabundeo.		
00029 Disminución del gasto cardíaco.		
00092 Intolerancia a la actividad.		
00094 Riesgo de intolerancia a la actividad.		
00032 Patrón respiratorio ineficaz.		
00202 Riesgo de perfusión gastrointestinal ineficaz.		
00203 Riesgo de perfusión renal ineficaz.		
00204 Perfusión tisular periférica ineficaz.		
00201 Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz.		
00228 Riesgo de perfusión tisular ineficaz.		
00200 Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca.		
00034 Respuesta ventilatoria espontánea.		
00033 Deterioro de la ventilación espontánea.		
00102 Déficit de autocuidado: alimentación.		
00108 Déficit de autocuidado: baño.		
00110 Déficit de autocuidado: uso del inodoro.		
00109 Déficit de autocuidado: vestido.		
00182 Disposición para mejorar el autocuidado.		
00193 Descuido personal.		
00098 Deterioro del mantenimiento del hogar.		

TABLA 3.

Dominio 7: Rol/relaciones.	Dominio 8: Sexualidad.	Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés.
00061 Cansancio del rol del cuidador.	00059 Disfunción sexual.	00114 Síndrome de estrés del traslado.
00062 Riesgo del cansancio del rol del cuidador.	00065 Patrón sexual ineficaz.	00149 Riesgo de síndrome de estrés del traslado.
00104 Lactancia materna ineficaz.	00221 Proceso de maternidad ineficaz.	00142 Síndrome del trauma posviolación.
00106 Disposición para mejorar la lactancia materna.	00208 Disposición para mejorar el proceso de maternidad.	00141 Síndrome postraumático.
00105 Interrupción de la lactancia materna.	00227 Riesgo de proceso de maternidad ineficaz.	00145 Riesgo de síndrome postraumático.
00056 Deterioro parental.	00209 Riesgo de alteración de la diada materno/fetal.	00137 Aflicción crónica.
00164 Disposición para mejorar el rol parental.		00071 Afrontamiento defensivo.
00057 Riesgo de deterioro parental.		00069 Afrontamiento ineficaz.
00063 Procesos familiares disfuncionales.		00077 Afrontamiento ineficaz de la comunidad.
00159 Disposición para mejorar los procesos familiares.		00074 Afrontamiento familiar comprometido.
00060 Interrupción de los procesos familiares.		00073 Afrontamiento familiar incapacitante.
00058 Riesgo de deterioro de la vinculación.		00158 Disposición para mejorar el afrontamiento.
00064 Conflicto del rol parental.		00076 Disposición para mejorar el afrontamiento de la comunidad.
00055 Desempeño ineficaz del rol.		00075 Disposición para mejorar el afrontamiento familiar.
00052 Deterioro de la interacción social.		00146 Ansiedad.
00223 Relación ineficaz.		00147 Ansiedad ante la muerte.
00207 Disposición para mejorar la relación.		00101 Deterioro generalizado del adulto.
00229 Riesgo de relación ineficaz.		00136 Duelo.
		00135 Duelo complicado.
		00172 Riesgo de duelo complicado.
		00177 Estrés por sobrecarga.
		00125 Impotencia.
		00152 Riesgo de impotencia.
		00072 Negación ineficaz.
		00199 Planificación ineficaz de las actividades.
		00226 Riesgo de planificación ineficaz de las actividades.
		00187 Disposición para mejorar el poder.
		00210 Deterioro de la resiliencia personal.
		00212 Disposición para mejorar la resiliencia.
		00211 Riesgo de compromiso de la resiliencia.
		00148 Temor.
		00049 Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal.
		00116 Conducta desorganizada del lactante.
		00115 Riesgo de conducta desorganizada del lactante.
		00117 Disposición para mejorar la conducta organizada del lactante.
		00009 Disreflexia autónoma.
		00010 Riesgo de disreflexia autónoma.

TABLA 4.

Dominio 10: Principios vitales.	Dominio 11: Seguridad/protección.	Dominio 12: Confort.
00185 Disposición para mejorar la esperanza.	00004 Riesgo de infección.	00214 Disconfort.
00068 Disposición para mejorar el bienestar espiritual.	00036 Riesgo de asfixia.	00183 Disposición para mejorar el confort.
00083 Conflicto de decisiones.	00039 Riesgo de aspiración.	00132 Dolor agudo.
00079 Incumplimiento.	00155 Riesgo de caídas.	00133 Dolor crónico.
00169 Deterioro de la religiosidad.	00048 Deterioro de la dentición.	00134 Náuseas.
00171 Disposición para mejorar la religiosidad.	00086 Riesgo de disfunción neurovascular periférica.	00053 Aislamiento social.
00170 Riesgo de deterioro de la religiosidad.	00046 Deterioro de la integridad cutánea.	
00066 Sufrimiento espiritual	00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.	
00067 Riesgo de sufrimiento espiritual.	00044 Deterioro de la integridad tisular.	
00175 Sufrimiento moral.	00035 Riesgo de lesión.	
00184 Disposición para mejorar la toma de decisiones.	00087 Riesgo de lesión postural perioperatoria.	
	00220 Riesgo de lesión térmica.	
	00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas.	
	00045 Deterioro de la mucosa oral.	
	00219 Riesgo de ojo seco.	
	00100 Retraso de la recuperación quirúrgica.	
	00206 Riesgo de sangrado.	
	00205 Riesgo de shock.	
	00156 Riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante.	
	00038 Riesgo de traumatismo.	
	00213 Riesgo de traumatismo vascular.	
	00151 Automutilación.	
	00139 Riesgo de automutilación	
	00150 Riesgo de suicidio.	
	00140 Riesgo de violencia autodirigida.	
	00138 Riesgo de violencia dirigida a otros.	
	00181 Contaminación.	
	00180 Riesgo de contaminación.	
	00037 Riesgo de intoxicación.	
	00218 Riesgo de reacción adversa a medios de contrastes yodados.	
	00217 Riesgo de respuesta alérgica.	
	00041 Respuesta alérgica al látex.	
	00042 Riesgo de respuesta alérgica al látex.	
	00007 Hipertermia.	
	00006 Hipotermia.	
	00005 Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal.	
	00008 Termorregulación ineficaz.	

TABLA 5.

Dominio 13: Crecimiento/desarrollo.		
00113 Riesgo de crecimiento desproporcionado.		
00111 Retraso en crecimiento y desarrollo.		
00112 Riesgo de retraso en el desarrollo.		