

Mapeo cruzado de los factores relacionados y de riesgo de NANDA-I con la Clasificación Internacional de Enfermedades

Cross-mapping of Related and Risk Factors of NANDA-I with those of the International Classification of Diseases

Claudio-Alberto Rodríguez-Suárez^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-6226-7374>

María-Naira Hernández-y de Luis² <https://orcid.org/0000-0001-9720-3661>

María-Isabel Mariscal-Crespo³ <https://orcid.org/0000-0003-0736-8695>

¹Universitat Jaume I. Castellón, España.

²Centro de Salud Doctoral. Servicio Canario de Salud. Las Palmas, España.

³Universidad de Huelva, Departamento de Enfermería. Huelva, España.

*Autor para la correspondencia: c.rodriguez@celp.es

RESUMEN

Introducción: Enfermería desarrolla su actividad en un contexto multidisciplinar donde se mezclan la esfera autónoma y la de otros profesionales, y es de primordial la competencia diagnóstica. NANDA-International es la clasificación enfermera más utilizada; mientras que la Clasificación Internacional de Enfermedades es la de referencia para los problemas médicos. En ocasiones, los factores relacionados/riesgo de NANDA-International coinciden con diagnósticos médicos.

Objetivo: Realizar mapeo cruzado entre NANDA-International y la Clasificación Internacional de Enfermedades.

Métodos: Estudio observacional con distribución de frecuencias mediante mapeo cruzado identificando sinónimos o cuasi-sinónimos en ambas clasificaciones.

Resultados: Se determinaron n = 1715 factores relacionados/riesgo, n = 1193 clasificados en una ocasión y n = 522 duplicados. Los factores genuinos y específicos fueron n = 1593 (52,16 %); n = 1460 (47,84 %) estaban también en la clasificación médica.

Conclusiones: Algunos Dominios y clases NANDA-International muestran factores genuinos y específicos de la disciplina enfermera; otros están, además, en la clasificación médica, cuya resolución no es competencia autónoma enfermera. De esta manera, NANDA-International puede llegar a convertirse en un instrumento extenso y poco útil, con etiologías poco específicas. Se deben mejorar y potenciar contenidos relativos a metaparadigmas enfermeros para hacerse visible con entidad propia en los sistemas de salud.

Palabras clave: diagnóstico de enfermería; teoría de enfermería; autonomía profesional; clasificaciones en salud; terminología normalizada de enfermería; clasificación internacional de enfermedades.

ABSTRACT

Introduction: Nursing develops its activity in a multidisciplinary setting where the autonomous sphere and that of other professionals are mixed, while diagnostic competence is paramount. NANDA-International is the most widely used nurse classification, while the International Classification of Diseases is the reference for medical problems. Occasionally, the related factors/risk of NANDA-International coincide with medical diagnoses.

Objective: To carry out cross-mapping between NANDA-International and the International Classification of Diseases.

Methods: Observational study with frequency distribution by cross-mapping and identifying synonyms or quasi-synonyms in both classifications.

Results: We determined 1715 related factors/risk; 1193 were classified on one occasion and 522 were duplicated. The genuine and specific factors were 1593 (52.16%); 1460 (47.84%) were also in the medical classification.

Conclusions: Some NANDA-International domains and classes show genuine and specific factors in the nursing discipline, while others are also in the medical classification, whose resolution is not autonomously a nursing competence. In this way, NANDA-International can become an extensive and unhelpful tool, with little specific etiologies. Content related to nursing metaparadigms must be improved and enhanced to become visible with their own entity in the health systems.

Keywords: nursing diagnosis; nursing theory; professional autonomy; health classification; standardized nursing terminology; international classification of diseases.

Recibido: 10/26/2018

Aceptado: 01/10/2019

INTRODUCCIÓN

Enfermería es una ciencia con conocimientos propios, que desarrolla su práctica en estrecha relación con profesionales de otras disciplinas. En este complejo contexto asistencial se entremezclan la esfera autónoma, en la que valoran, diagnostican, planifican, ejecutan y evalúan en el marco de competencias específicas; y problemas de salud donde necesariamente se solapan las competencias de otros profesionales y las enfermeras, dado que el objetivo común es la salud de los individuos.⁽¹⁾ Esta situación ocasiona la difusión de conceptos e intervenciones, principalmente con los médicos, y es fundamental que cada disciplina sea capaz de describir aisladamente sus fenómenos de interés.⁽²⁾ Por todo ello, en las últimas décadas ha aumentado considerablemente el uso de lenguajes estandarizados, principalmente las taxonomías de Diagnósticos enfermeros (DE),⁽³⁾ que describen respuestas humanas, físicas, socioculturales, psicológicas y espirituales a una enfermedad, a un problema de salud o, simplemente, a una situación relacionada con la salud.⁽⁴⁾ En general, los DE han sido asumidos, aceptados y usados en la práctica asistencial,⁽⁵⁾ favorecen el desarrollo de los sistemas de clasificación, lo que facilita la organización cognitiva de la información a través del razonamiento clínico y permite identificar problemas que deben resolverse sobre las bases teóricas de referencia.⁽⁶⁾ En este sentido, aunque la producción científica muestra que NANDA-International (NANDA-I) es la clasificación enfermera con mayor repercusión internacional;⁽⁷⁾ entre sus conceptos destacan coincidencias terminológicas con algunos diagnósticos médicos.⁽⁸⁾

La Primera Asamblea Mundial de la Salud (1948) aprobó un reglamento específico para editar el Manual de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción (CIE). A partir de ese momento se comenzó a usar esta clasificación para indizar las historias médicas en los hospitales. Posteriormente, en 1975, se celebró la Conferencia Internacional para la Novena Revisión de la Clasificación convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS); ante el interés y difusión de la misma, se hizo necesario elaborar modificaciones que permitieran una clasificación más completa y con mayor especificidad, surge así CIE-9. Recientemente se consideró la necesidad de actualizar esta clasificación a la

CIE-10, convirtiéndose en referencia mundial.⁽⁹⁾ CIE-10 incluye todas las entidades morbosas y la totalidad de la gama de afecciones de conformidad con criterios establecidos, en un número manejable de categorías y agrupados para facilitar el informe de mortalidad.

En relación a Enfermería, la Taxonomía I de NANDA-I fue inicialmente publicada en 1987 con una estructura alfabética; propuesta para incluirse en la CIE como sistema idóneo de estructuración de la práctica enfermera, no fue aceptada por la OMS al considerar inadecuado incluir una taxonomía de DE en una clasificación de enfermedades. A partir de ese momento, el equipo de investigación de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Iowa y NANDA-I se propusieron mejorar su extensión, su alcance y su utilidad clínica, modificando el sistema clasificatorio hacia la Taxonomía II, con estructura multiaxial, con la finalidad de ofrecer mayor flexibilidad a los enunciados diagnósticos y adecuarse a las prácticas enfermeras contemporáneas.⁽¹⁰⁾ NANDA-I fue inicialmente construida mediante consensos a partir de propuestas surgidas de disertaciones; no fue hasta el año 2002 cuando se establecieron criterios sobre niveles de evidencia, eximiendo a los DE previos,⁽¹¹⁾ por lo que la clasificación ha conservado inconsistencias taxonómicas y problemas clasificatorios.⁽¹²⁾

A fin de evitar los problemas de precisión, para denominar un diagnóstico se debe usar un término técnico con significación unívoca.^(4,8) Además, la organización cognitiva de los DE debe ser medida y comparada con la estructura normativa de la clasificación, por lo que se necesario establecer coherencia interna jerárquica y taxonómica; de esta manera, si una taxonomía es internamente coherente, responde bien a su universo previsto de situaciones, se hace intuitiva y facilita, por tanto, que los usuarios la apliquen con éxito; sin estas cualidades tendrá valor limitado y posiblemente será inadecuada para su propósito.⁽²⁾ En este orden, existe un conflicto entre NANDA-I y los fundamentos teóricos de la Enfermería; dado que debería contener solamente categorías obtenidas de los paradigmas de las diferentes teorías enfermeras, describiendo los elementos conceptuales que son fenómeno de estudio y centro de interés de la disciplina.⁽⁶⁾ Estos elementos corresponden, de manera explícita y a veces implícita, con las proposiciones: *cuidado, persona, salud y entorno*, que han estado presentes en los escritos de las principales teorizadoras de la disciplina, clarificando con ello el campo de estudio.⁽¹³⁾ A partir de estos conceptos centrales, se ha determinado el metaparadigma enfermero que orienta las principales corrientes del pensamiento, estructuradas en los grandes paradigmas de la Enfermería.⁽¹⁴⁾ El uso de metaparadigmas hace pensar que la redacción de los DE debe enfocarse con perspectiva enfermera, modificando el enfoque biomédico. En este

sentido, una taxonomía fundamentada en modelos teóricos autónomos deberá estar constituida exclusivamente por estas situaciones conceptuales.

Por el contrario, NANDA-I se ha conformado principalmente a partir de conceptos con orientación pragmática,⁽¹⁵⁾ justificados con argumentaciones de interrelación tales como multidisciplinariedad e interdisciplinariedad; dando a entender que pueden contribuir a la atención prestada y a la mejora de la credibilidad de las enfermeras. En una aproximación exploratoria a NANDA-I, atendiendo al análisis de la etiqueta diagnóstica, de un total de 201 DE, solo 46 tuvieron algún tipo de relación con la disciplina enfermera; con menos del 23 % del total de etiquetas diagnósticas vinculadas con los conceptos metaparadigmáticos enfermeros.⁽¹⁶⁾

La tipología diagnóstica de NANDA-I distingue DE focalizados en el problema, DE de riesgo, DE de promoción de la salud y síndromes. Los DE de promoción de la salud no incluyen entre sus contenidos etiologías diagnósticas, los denominados factores relacionados/factores de riesgo (FR); por el contrario, el resto de DE si incluyen estas relaciones causales.⁽¹¹⁾ Algunos de estos FR responden a situaciones que no pueden ser abordadas de forma autónoma por las enfermeras, o su resolución depende del tratamiento prescrito por otro profesional; en estos casos, corresponden casi siempre con una enfermedad, sus manifestaciones o los tratamientos médico-quirúrgicos. Desde esta perspectiva, consideramos que los FR de NANDA-I pueden atender, bien al metaparadigma enfermero, en cuyo caso son competencia autónoma enfermera; bien a situaciones fisiopatológicas, con etiología biomédica principalmente, en cuyo caso su resolución no es competencia autónoma enfermera.⁽¹⁰⁾

Por ello, se ha planteado como objetivo realizar mapeo cruzado entre NANDA-International y la Clasificación Internacional de Enfermedades.

MÉTODOS

Estudio observacional mediante análisis cuantitativo para describir; en primer lugar, la totalidad de FR presentes en la edición 2015-2017⁽¹¹⁾ de la clasificación diagnóstica NANDA-I, atendiendo a la estructura taxonómica según el nivel de abstracción (Dominios, Clases y Conceptos), variabilidad y duplicidades de FR. En segundo lugar, se realizó mapeo cruzado con CIE-10, identificando los conceptos, sinónimos o cuasi-sinónimos que permitan reseñar los FR genuinos de NANDA-I, con la finalidad de determinar que los FR no incluidos en CIE-10 son los que corresponden al metaparadigma de la ciencia enfermera. Para ello se realizó

análisis estadístico descriptivo de proporciones, mediante distribuciones de frecuencias absolutas y relativas (porcentaje) con el software R commander (v. 3.3.2). Los resultados han sido expresados mediante tablas y gráficos, así como explicados en forma de narrativa. En el estudio no se han utilizado datos personales de ninguna índole, no obstante se han tenido en cuenta todos los aspectos éticos generales y universales que regulan la práctica investigadora en ciencias de la salud.

RESULTADOS

Para clarificar el análisis estadístico, se debe tener en cuenta algunas singularidades en la edición analizada. En primer lugar, ausencia de etiquetas diagnósticas en 5 clases de la taxonomía, que corresponden con 3 Dominios, las clases digestión y absorción en el Dominio Nutrición, la Clase función tegumentaria en el Dominio Eliminación, y las clases orientación y sensación/percepción en el Dominio Percepción/Cognición. En segundo lugar, las etiquetas diagnósticas denominadas de Promoción de la Salud ($n = 28$) no contienen FR. En tercer lugar, se identifican cinco etiquetas diagnósticas denominadas de síndrome, de todas ellas, una no contiene FR (00255 síndrome de dolor crónico), las cuatro restantes sí. En cuarto lugar, la etiqueta diagnóstica: 00214 Disconfort, está clasificada en las tres Clases jerárquicas del Dominio 12 (Confort): confort físico, confort social y confort del entorno; si bien solo presenta FR para la clase confort físico, que contiene 7 FR; las otras dos clases no.

Después de aclarar estas cuestiones, se obtuvo que NANDA-I presentó $n = 1715$ FR diferentes; de todos ellos, $n = 1193$ FR aparecían clasificados en una sola ocasión, mientras que $n = 522$ FR se presentaban duplicados de forma variable en distintas etiquetas diagnósticas, conformando la suma de $n = 1859$ FR. Tras sumar los duplicados, la totalidad de FR en la clasificación fue $n = 3052$ FR. Los FR específicos de NANDA-I fueron $n = 1593$ (52,16 %) FR; por el contrario, en la clasificación existía $n = 1460$ (47,84 %) FR que atienden a conceptos incluidos en CIE-10, con origen morboso y que respondían a situaciones fisiopatológicas u otras cuya solución no es competencia autónoma de la enfermera.

Al agrupar los FR por Dominios, destacó el 11 (Seguridad/Protección) con $n = 908$ (29,75 %) FR, de los que $n = 446$ son exclusivos de NANDA-I frente a $n = 462$ conceptos presentes también en CIE-10; el Dominio 4 (Actividad/Reposo) con $n = 407$ (13,34 %) FR, $n = 107$ exclusivos de NANDA-I y $n = 300$ también en CIE-10; el Dominio 9 (Afrontamiento/Tolerancia al estrés) con $n = 313$ (10,26 %) FR, $n = 224$ exclusivos de

NANDA-I, de ellos n = 89 estaban además en CIE-10; el Dominio 7 (Rol/relaciones) con n = 300 FR, de los que n = 245 fueron exclusivos de NANDA-I frente a n = 55 que también estaban en CIE-1. Destaca, además, el Dominio 3 (Eliminación/Intercambio) con n = 243 FR, n = 61 estaban exclusivamente en NANDA-I frente a n = 182 presentes además en CIE-10, tal como muestra la tabla 1.

Tabla 1-Distribución de frecuencias de los factores relacionados/riesgo según Dominios NANDA-I

Dominios	n FR*	% FR	n FR NANDA-I†	n FR CIE-10‡	% FR NANDA-I	% FR CIE-10
Promoción de la salud	143	4,69	108	35	6,80	2,40
Nutrición	234	7,67	112	122	7,00	8,40
Eliminación e Intercambio	243	7,96	61	182	3,80	12,50
Actividad/Reposo	407	13,34	107	300	6,70	20,50
Percepción/Cognición	82	2,69	29	53	1,80	3,60
Autopercepción	110	3,60	78	32	4,90	2,20
Rol/Relaciones	300	9,83	245	55	15,40	3,80
Sexualidad	58	1,90	48	10	3,00	0,70
Afrontamiento/Tolerancia al estrés	313	10,26	224	89	14,10	6,10
Principios vitales	107	3,51	86	21	5,40	1,40
Seguridad/Protección	908	29,75	446	462	28,00	31,60
Confort	83	2,72	20	63	1,30	4,30
Crecimiento/Desarrollo	64	2,10	28	36	1,80	2,50

*FR-factor relacionado/riesgo; †NANDA-I-NANDA-International; ‡CIE-10-Clasificación Internacional de Enfermedades.

Al estructurar según las 38 Clases de NANDA-I, en la distribución de frecuencias destacan en torno a un 80 % de FR que también están en CIE-10: Actividad/Ejercicio con n = 88 (81,50 %) FR, Atención n = 1 (100,00 %) FR, Confort físico n = 60 (85,70 %) FR, Estrés neurocomportamental n = 72 (83,70 %) FR, Función respiratoria n = 2 (100,00 %) FR, Función urinaria n = 41 (87,20 %) FR, Hidratación n = 29 (87,90 %) FR, Infección

n = 16 (84,20 %) FR y Respuestas cardiovasculares/pulmonares n = 139 (79,90 %) FR. También destacaron clases donde más de un 80,00 % de sus FR se situaron en NANDA-I: Congruencia entre valores/creencias/acciones n = 86 (80,40 %) FR, Desempeño del rol n = 50 (86,20 %) FR, Función sexual n = 19 (90,50 %) FR, Peligros del entorno n = 69 (92,00 %) FR, Relaciones familiares n = 23 (82,10 %), Respuestas de afrontamiento n = 164 (91,60 %) FR, Respuestas postraumáticas n = 46 (95,80 %) FR, Roles de cuidador n = 172 (80,40 %) FR, Sueño/reposo n = 29 (1,30 %) FR, Termorregulación n = 103 (3,40 %) FR, Toma de conciencia de la salud n = 8 (88,90 %) FR y Violencia n = 145 (83,80 %) FR, según muestra la Tabla 2.

Tabla 2- Distribución de factores relacionados/riesgo según clases, en orden alfabético

Clases	n FR*	% FR	n FR NAND A-I†	n FR CIE-10‡	% FR NANDA -I	% FR CIE-10
Actividad/Ejercicio	108	3,54	20	88	18,50	81,50
Atención	1	0,03	0	1	0,00	100,00
Autoconcepto	50	1,64	32	18	64,00	36,00
Autocuidado	65	2,13	23	42	35,40	64,60
Autoestima	48	1,57	41	7	85,40	14,60
Cognición	64	2,10	18	46	28,10	71,90
Comunicación	17	0,56	11	6	64,70	35,30
Confort físico	70	2,29	10	60	14,30	85,70
Confort Social	13	0,43	10	3	76,90	23,10
Congruencia entre valores/creencias/acciones	107	3,51	86	21	80,40	19,60
Crecimiento	26	0,85	11	15	42,30	57,70
Desarrollo	38	1,25	17	21	44,70	55,30
Desempeño del rol	58	1,90	50	8	86,20	13,80
Equilibrio de la energía	21	0,69	10	11	47,60	52,40
Estrés neurocomportamental	86	2,82	14	72	16,30	83,70
Función gastrointestinal	194	6,36	55	139	28,40	71,60
Función respiratoria	2	0,07	0	2	0,00	100,00

Función sexual	21	0,69	19	2	90,50	9,50
Función urinaria	47	2,82	6	41	12,80	87,20
Gestión de la salud	134	4,39	100	34	74,60	25,40
Hidratación	33	1,08	4	29	12,10	87,90
Imagen corporal	12	0,39	5	7	41,70	58,30
Infección	19	0,62	3	16	15,80	84,20
Ingestión	170	5,57	93	77	54,70	45,30
Lesión física	512	16,78	196	316	38,30	61,70
Metabolismo	31	1,02	15	16	48,40	51,60
Peligros del entorno	75	2,46	69	6	92,00	8,00
Procesos defensivos	26	0,85	7	19	26,90	73,10
Relaciones familiares	28	0,92	23	5	82,10	17,90
Reproducción	37	1,21	29	8	78,40	21,60
Respuestas cardiovasculares/pulmonares	174	5,70	35	139	20,10	79,90
Respuestas de afrontamiento	179	5,87	164	15	91,60	8,40
Respuestas postraumáticas	48	1,57	46	2	95,80	4,20
Roles de cuidador	214	7,01	172	42	80,40	19,60
Sueño/reposo	39	1,28	19	20	48,70	51,30
Termorregulación	103	3,37	26	77	25,20	74,80
Toma de conciencia de la salud	9	0,29	8	1	88,90	11,10
Violencia	173	5,67	145	28	83,80	16,20

*FR-factor relacionado/riesgo; †NANDA-I-NANDA-Internacional; ‡CIE-10-Clasificación Internacional de Enfermedades

DISCUSIÓN

NANDA-I está conformada por gran cantidad de FR; lo que en principio parece indicar que la clasificación atiende por igual todas las esferas del individuo: aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y emocionales; pero al realizar una deconstrucción ontológica, se observa que el Dominio Seguridad/Protección contiene el doble de FR que el resto, siendo Sexualidad y Crecimiento/Desarrollo los Dominios que cuentan con menor número de FR.

Además, los FR de Dominios de la esfera biofísica, tales como Eliminación/Intercambio y Actividad/Reposo incluyen más del doble de FR también presentes en CIE-10, lo que apunta a situaciones de salud con etiología que requiere intervención de otros profesionales para su resolución. Por otro lado, los Dominios más psicosociales y relacionales, tales como Rol/Relaciones y Afrontamiento/Tolerancia al estrés, contienen FR mayoritariamente exclusivos de NANDA-I, lo cual señala mayor competencia enfermera en estos ámbitos. Al estructurar estos FR según Clases NANDA-I destaca, de la misma manera, que las áreas más biologicistas contienen FR mayoritariamente presentes en CIE-10, tales como Actividad/Ejercicio, Función Urinaria, Hidratación, Infección y Respuestas cardiovasculares/pulmonares; en las Clases Atención y Función respiratoria no hay FR genuinos en NANDA-I. Por el contrario, sobresalen nuevamente los aspectos relacionales o psicoemocionales,⁽¹⁷⁾ con preDominio de FR exclusivos de NANDA-I, en Clases tales como Desempeño del rol, Función sexual, Peligros del entorno, Respuestas de afrontamiento, Respuestas postraumáticas y Toma de conciencia de la salud, entre otras.

Para mejorar la categorización de los FR, la validación de contenido permite depurar los listados existentes eliminando irrelevantes, sugiriendo la introducción de otros nuevos, o adaptando las peculiaridades de distintos contextos socioculturales,⁽¹⁸⁾ siempre que constituyan situaciones susceptibles de ser solucionadas con autonomía por las enfermeras. Numerosas investigaciones han mostrado situaciones clínicas de pacientes a los que se etiquetaron como DE aspectos fisiopatológicos, o se determinaron como FR etiológicos diagnósticos médicos principalmente.^(19,20,21,22) Tras realizar el mapeo, casi la mitad de FR de NANDA-I están presentes en CIE-10, lo que sugiere altos porcentajes de DE cercanos al concepto de enfermedad. Por otro lado, no se han encontrado publicaciones que hayan estudiado en concreto y en profundidad el peso que puede tener para la precisión diagnóstica la existencia de CD y de FR solapados, similares o equivalentes, en muchos diagnósticos NANDA-I. El ajuste estructural de la clasificación reduciría el número de conceptos y contenidos innecesarios, facilitando la asimilación por parte de los profesionales; la importancia de modificar su arquitectura radica en hacerla más fácil de recordar por los profesionales.⁽¹⁵⁾ En este sentido, se considera necesario realizar una evaluación empírica de NANDA-I mediante métodos cuantitativos que permita determinar la coherencia interior y localizar las secciones de relativa claridad/ambigüedad dentro de su configuración estructural para facilitar la organización de la información.⁽²⁾

NANDA-I publica de forma periódica nuevas ediciones de la clasificación de DE; de manera que, en la edición 2015-2017 se han presentado diagnósticos nuevos y revisados, cambios de localización dentro de la taxonomía, cambios en las etiquetas diagnósticas y diagnósticos que han sido eliminados o retirados; en este sentido, muchos diagnósticos presentan cambios de los términos usados en los indicadores diagnósticos;⁽¹¹⁾ esta situación condiciona, en relación al análisis de los FR, limitaciones a los resultados obtenidos en la investigación.

En conclusión, el proceso diagnóstico conlleva elementos inductivos y deductivos que refieren un pensamiento lógico, crítico o racional. Para ello, es necesario disponer de clasificaciones diagnósticas que mejoren tanto los aspectos normativos como los intuitivos, dando lugar a taxonomías con coherencia interna y exhaustividad jerárquica que sean útiles y aceptadas por los profesionales que la utilizan. No obstante, la existencia de una alta proporción de FR que corresponde con elementos clasificados en CIE-10 conlleva, como mínimo, a plantearse dudas sobre su pertinencia en NANDA-I, dado que es una clasificación específica que no debería contener etiologías ajenas a la dimensión independiente o autónoma de la Enfermería. Como consecuencia, se conforma una clasificación muy extensa y poco útil, con elevado número de situaciones que no atienden a los conceptos centrales de la disciplina, y que no deberían incluirse en una taxonomía específica.

NANDA-I debe mejorar y potenciar contenidos relativos a los conceptos centrales o metaparadigmáticos enfermeros, con funciones y responsabilidades que sean de su exclusividad, visibilizándose con entidad propia en los sistemas de cuidados de salud, para convertirse en una disciplina con madurez profesional y científica que facilite una comunicación oral y escrita que la haga más eficaz.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ketcherside M, Rhodes D, Powelson S, Cox C, Parker J. Translating interprofessional theory to interprofessional practice. *J Prof Nurs.* 2017 [acceso: 06/06/2017];33(5):370-7. Disponible en: [http://www.professionalnursing.org/article/S8755-7223\(16\)30095-3/fulltext](http://www.professionalnursing.org/article/S8755-7223(16)30095-3/fulltext)
2. Zanotti R, Chiffi D. Diagnostic frameworks and nursing diagnoses: a normative stance. *Nurs Philos.* 2015 [acceso: 26/03/2017];16(1):64-73. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/nup.12074>

3. Guirao-Goris SJA, Lluch-Canut MT, Martín-Iglesias S, Quero-Rufián A, Roldán Merino JF. Nursing Taxonomies in Spain: Research Themes Presented at the AENTDE Conferences Over a 16-Year Period. *Int J Nurs Knowl*. 2017 [acceso: 18/02/2018];28(4):178-83. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/2047-3095.12130>
4. 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 [acceso: 18/02/2018]. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/22302/1/T33570.pdf>
5. D'Agostino F, Sanson G, Cocchieri A, Vellone E, Welton J, Maurici M, et al. Prevalence of nursing diagnoses as a measure of nursing complexity in a hospital setting. *J Adv Nurs*. 2017 [acceso: 29/03/2017];73(9):2129-42. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/jan.13285>
6. Chiffi D, Zanotti R. Medical and nursing diagnoses: a critical comparison. *J Eval Clin Pract*. 2014 [acceso: 29/03/2017];21(1):1-6. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jep.12146/full>
7. Tastan S, Linch GCF, Keenan GM, Stifter J, McKinney D, Fahey L, et al. Evidence for the existing American Nurses Association-recognized standardized nursing terminologies: A systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2014 [acceso: 09/02/2016];51(8):1160–70. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4095868/pdf/nihms590418.pdf>
8. Stallinga HA, ten Napel H, Jansen GJ, Geertzen JH, de Vries Robbé PF, Roodbol PF. Does language ambiguity in clinical practice justify the introduction of standard terminology? An integrative review. *J Clin Nurs*. 2015 [acceso: 29/12/2017];24(3-4):344-52. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/jocn.12624>
9. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social [Sede Web]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016 [acceso: 11/12/2017]. Manual de codificación CIE-10-ES Diagnósticos; [303]. Disponible en: http://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/UT_MANUAL_DIAG_2016_prov1.pdf
10. Mateos-García MD. Metodología enfermera y sistemas estandarizados de lenguaje enfermero en la historia clínica digital [tesis]. Universidad de Sevilla; 2017 [acceso:

- 07/06/2018]. Disponible en: <https://www.educacion.gob.es/teseo/mostrarRef.do?ref=1458117#>
11. Herdman HT, Kamitsuru S. NANDA-International. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. 2015-2017. Barcelona: Elsevier España; 2015.
 12. González-Castillo MG, Monroy-Rojas A. Proceso enfermero de tercera generación. *Enferm Univ*. 2016 [acceso: 29/03/2018];13(2):124-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.03.003>
 13. Hernández-Conesa J, Moral de Calatrava P, Esteban-Albert M. Fundamentos de la enfermería: teoría y método. 2ª ed. Madrid: McGraw-Hill; 2003.
 14. Collado Boira EJ. Autocuidados y calidad de vida en pacientes enterostomizados [tesis]. Universidad Cardenal Herrera-CEU; 2014 [acceso: 11/09/2018]. Disponible en: http://dspace.ceu.es/bitstream/10637/7039/1/Autocuidados_y_calidad_de_vida_en_pacientes_enterostomizados_Tesis_Eladio_Collado_Boira.pdf
 15. Von Krogh G. An Examination of the NANDA International Taxonomy for Domain Completeness, Ontological Homogeneity, and Clinical Functionality. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2008 [acceso: 29/03/2017];19(2):65-75. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1744-618X.2008.00083.x>
 16. Rivera Romero V, Pastoriza Galán P, Díaz Perianez C, Hilario Huapaya N. Revisión crítica de la taxonomía enfermera NANDA Internacional 2009-2011. *Rev científica enfermería*. 2013 [acceso: 30/11/2016];6(06):1-18. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/44913>
 17. Brito-Brito PR, Rodríguez-Álvaro M, Rosell-Toledo C. Problemas NANDA del dominio psicosocial más frecuentes en atención primaria. *ENE, Rev Enfermería*. 2009 [acceso: 23/02/2016];3(1):42-51. Disponible en: <https://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/156>
 18. Shimomai K, Furukawa H, Kuroda Y, Fukuda K, Masuda M, Koizumi J. The Difficulty of Selecting the NANDA-I Nursing Diagnosis (2015-2017) of “Death Anxiety” in Japan. *Int J Nurs Knowl*. 2018 [acceso: 29/03/2017];29(1):4-10. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/2047-3095.12154>
 19. Noh HK, Lee E. Relationships Among NANDA-I Diagnoses, Nursing Outcomes Classification, and Nursing Interventions Classification by Nursing Students for Patients in Medical-Surgical Units in Korea. *Int J Nurs Knowl*. 2015 [acceso: 29/03/2017];26(1):43-51. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/2047-3095.12044>

20. Sabbagh-Sequera M, Loidi-García JM, Romero-Vázquez GM. Plan de cuidados a paciente intervenida de cesárea con preeclampsia. *Enferm Clin.* 2015 [acceso: 29/03/2017];25(1):33-9. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130862114001454>
21. Lee E, Park H, Whyte J, Kim Y, Park SY. Identifying core nursing sensitive outcomes associated with the most frequently used North American Nursing Diagnosis Association-International nursing diagnoses for patients with cerebrovascular disease in Korea. *Int J Nurs Pract.* 2014 [acceso: 14/02/2016];20(6):636-45. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/ijn.12224>
22. Karatas H, Müller-Staub M, Erdemir F. Determination of Nursing Diagnoses in Children of Agricultural Laborer Families in South Eastern Regions of Turkey. *Int J Nurs Knowl.* 2018 [acceso: 29/03/2017];29(1):29-37. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/2047-3095.12144>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Claudio Alberto Rodríguez Suárez: Investigador principal. Concepción del estudio, análisis e interpretación de los datos, redacción del informe final de la investigación.

María Naira Hernández y de Luis: Análisis e interpretación de los datos, redacción del informe final de la investigación.

María Isabel Mariscal Crespo: Análisis e interpretación de los datos, redacción del informe final de la investigación.