

Descripción y análisis de las clasificaciones NANDA, NOC y NIC

13

AMPLIACIÓN

Cristina Francisco del Rey
Esperanza Ferrer Ferrandis
Amparo Benavent Garcés

Objetivos

Objetivos

- Analizar la importancia de las clasificaciones en el proceso de cuidar.
- Identificar las características de las clasificaciones.
- Describir los diferentes elementos que contienen las clasificaciones.
- Identificar la contribución de las clasificaciones al proceso de cuidar.
- Analizar las relaciones de complementariedad de las clasificaciones dentro del proceso de cuidar.
- Reflexionar sobre las repercusiones del desarrollo metodológico para la disciplina enfermera.





INTRODUCCIÓN

Cuando se planteó el desarrollo de la colección a la que pertenece el volumen Fundamentos de Enfermería, uno de sus objetivos era mantener la obra viva, significando con ello el compromiso de los autores y autoras de los distintos volúmenes para actualizar los contenidos de la misma. No cabe duda que cualquiera de las aportaciones recogidas en los distintos volúmenes han crecido y pueden ampliarse, pero posiblemente este crecimiento sea considerablemente más significativo para la disciplina, si se plantea desde los contenidos de Fundamentos de Enfermería. El desarrollo de la disciplina enfermera, es decir, la reflexión y análisis del conocimiento específico enfermero, hace que surjan propuestas de cambio, modificaciones y/o nuevas líneas de reflexión que generan una espiral de desarrollo continuo que nos obligará a la actualización constante. Puede decirse que una parte importante de los contenidos de Fundamentos de Enfermería [1], los modelos y teorías de enfermería o los diagnósticos enfermeros, quedan si no obsoletos sí insuficientes, en plazos relativamente cortos de tiempo (recordemos que NANDA mantiene reuniones bianuales de revisión de su taxonomía). Precisamente son los diagnósticos de enfermería, y más concretamente la taxonomía NANDA II (*North American Nursing Diagnosis Association*), una de las partes de la actualización del volumen Fundamentos de Enfermería que completaremos con la descripción y análisis de la clasificación de resultados u objetivos NOC (*Nursing Outcomes Classification*) o CRE (*Clasificación de Resultados de Enfermería*) y con las intervenciones de enfermería NIC (*Nursing Interventions Classification*) o CIE (*Clasificación de Intervenciones de Enfermería*).

La elección de estos contenidos para la ampliación que a continuación presentamos está inducida por dos motivos: el primero de ellos, que ya ha quedado reflejado anteriormente, se trata del desarrollo continuo de los diagnósticos y del interés existente dentro del colectivo enfermero por llegar a poder identificar, nombrar, clasificar y evaluar todas las actuaciones que la enfermera lleva a cabo en cumplimiento de su rol profesional para ofrecer unos cuidados de calidad. Actuaciones que le permitirán identificarse y reconocerse dentro de los equipos de atención a la salud favoreciendo así un trabajo interdisciplinar y autónomo dentro de dichos equipos.

El segundo motivo surge de una reflexión que planteábamos en el Capítulo 8 del volumen de Fundamentos de Enfermería [1] referida a la complejidad del **proceso de cuidar** del que afirmábamos “*que la enfermera debe mantener una actitud permeable y dispuesta a modificar sus formas de hacer para adaptarlas a las nuevas exigencias*”.

El carácter personalizado del proceso puede parecer que colisiona con el interés por dar nombre y clasificar, tanto las respuestas que las personas emitimos frente a las distintas circunstancias de nuestras vidas y que pueden afectar a nuestro bienestar y a nuestra salud, como las actividades que llevaremos a cabo las enfermeras para ayudar a la persona a obtener el mayor nivel de salud y bienestar; o los objetivos que ante una determinada respuesta ha de plantearse una enfermera para poder conseguir la mencionada mejora.

Partiendo de estas dos reflexiones nos proponemos a continuación hacer una descripción y análisis de las taxonomías denominadas NANDA II [2], NOC [3] y NIC [4]. Pretendemos plasmar la importancia que tiene para las enfermeras la utilización de estas estructuras metodológicas tanto para la práctica como para el desarrollo disciplinar, a la vez que argumentamos la exigencia de una utilización cuidadosa, crítica y responsable de dichas clasificaciones.

Estas páginas sólo nos permiten una breve descripción de las clasificaciones que se exponen y será necesario que el lector o lectora las conozca con más detalle para poder utilizarlas de manera adecuada, por tanto deberá recurrir a las fuentes primarias citadas en la bibliografía o a la consulta de las páginas web:

- NANDA: <http://www.nanda.org>
- NIC/NOC <http://www.nursing.uiowa.edu/CNC>

CLASIFICACIÓN NANDA

Dentro del proceso de atención de enfermería, como referente metodológico de los cuidados, el diagnóstico enfermero tiene una importancia fundamental, por representar la identificación del problema enfermero y la base para el plan de cuidados [1]. De entre las clasificaciones de diagnósticos enfermeros es la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) la que actualmente goza de mayor difusión.



Desde sus orígenes [5], la clasificación NANDA está siendo objeto de modificaciones, ampliaciones y reestructuraciones (esta evolución se recoge en el Capítulo 9 del libro de Fundamentos de Enfermería de esta misma colección), pasando de un sistema de clasificación alfabético a una taxonomía con una estructura conceptual cada vez más sólida hasta llegar a la propuesta actual NANDA II, clasificación que se describe y analiza a continuación.

Los intereses que se persiguen con las sucesivas modificaciones son recoger todas las situaciones posibles con un lenguaje común, evitar duplicidades de diagnósticos y facilitar su aplicación a las diferentes realidades, reduciendo las posibilidades de error a la hora de optar por un diagnóstico.

Definición de términos

La clasificación diagnóstica NANDA II [2] contiene tres términos que son claves para la comprensión de la estructura organizativa que presenta dicha clasificación. Estos términos son:

Eje

Se define como *“la dimensión de la respuesta humana que se considera en el proceso diagnóstico”* [2]. Una respuesta humana puede ser positiva, negativa o de riesgo. Esta dimensión se ve representada por el eje denominado potencialidad; la respuesta puede estar referida a un sujeto desde su condición de individuo o de grupo, lo que quedaría expresado por el eje unidad de cuidados; una respuesta puede aparecer de manera aguda o mantenerse en el tiempo, lo que referiría el eje tiempo, etc. Los ejes, en la clasificación NANDA II, sirven para concretar el diagnóstico en función de las características y ma-


nifestaciones que identifican una respuesta humana determinada.

Dominio

Representa el nivel más abstracto de la clasificación, con ellos se trata de dar unidad al significado de los diagnósticos que se agrupan en un mismo dominio. Cada dominio está referido a un área de funcionamiento y/o comportamiento de la persona.

Clase

Representa el nivel más concreto de la clasificación: la clase identifica aspectos más específicos dentro de un dominio. Contiene los conceptos diagnósticos, definidos como el elemento principal o parte esencial y fundamental del diagnóstico, y los diagnósticos que se relacionan con dichos conceptos.

Dentro de la clasificación estos términos se relacionan con el diagnóstico como figura en la Tabla 1 .

Estructura de la clasificación

En la taxonomía diagnóstica NANDA II se presentan los diagnósticos aprobados por NANDA hasta abril de 2000, relacionados alfabéticamente y codificados utilizando cinco dígitos consecutivos (del 00001 al 00155). NANDA prevé la inclusión de los diagnósticos que vayan aprobándose en sucesivas conferencias de manera consecutiva al último del listado actual y sin respetar el orden alfabético que actualmente presenta la clasificación.

Los 155 diagnósticos aprobados se organizan en la taxonomía diagnóstica II de manera que se presentan incluidos en los 108 **conceptos diagnósticos** identificados, dentro de una **clase** y formando parte de un **dominio**.

 **Tabla 1.**

Estructura de la taxonomía NANDA II





Con esta nueva organización se pretende proporcionar una estructura que facilite la información, para la utilización y estudio de los diagnósticos, de manera que resulte útil para la investigación, informatización y gestión. Desde el punto de vista de la práctica clínica ofrece un sistema de organización que aporta una mayor coherencia entre los diagnósticos que pertenecen a un mismo "concepto diagnóstico", "clase" y "dominio".

A continuación se describe la estructura de la clasificación. Ésta presenta 13 dominios con su correspondiente definición:

- **1. Promoción de la salud:** toma de conciencia del bienestar o normalidad de las funciones y estrategias usadas para mantener el control y fomentar el bienestar y la normalidad del funcionamiento.
- **2. Nutrición:** actividades de ingerir, asimilar y usar los nutrientes a fin de mantener y reparar los tejidos y producir energía.
- **3. Eliminación:** secreción y excreción de los productos corporales de desecho.
- **4. Actividad/reposo:** producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos.
- **5. Percepción/cognición:** sistema de procesamiento de la información humana incluyendo la atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación.
- **6. Autoconciencia:** conciencia del propio ser.
- **7. Rol/relaciones:** conexiones y asociaciones negativas y positivas entre personas o grupos de personas y los medios por los que demuestran tales conexiones.
- **8. Sexualidad:** identidad sexual, función sexual y reproducción.
- **9. Afrontamiento/tolerancia al estrés:** forma de hacer frente a los acontecimientos/procesos vitales.
- **10. Principios vitales:** principios que subyacen en la conducta, pensamiento y conductas sobre los actos, costumbres o instituciones contemplados como verdaderos o poseedores de un valor intrínseco.
- **11. Seguridad/protección:** ausencia de peligro, lesión física o trastornos del sistema inmunitario, preservación de las pérdidas y preservación de la protección y seguridad.
- **12. Confort:** sensación de bienestar o comodidad física, mental o social.
- **13. Crecimiento/desarrollo:** aumento de las dimensiones físicas, sistemas corporales y logro de las tareas de desarrollo acordes con la edad.


La clasificación presenta **46 clases**, distribuidas en los distintos dominios, con su correspondiente definición.

- 1. Promoción de la salud.
 - 1. Toma de conciencia de la salud.
 - 2. Manejo de la salud.
- 2. Nutrición.
 - 1. Ingestión.
 - 2. Digestión.
 - 3. Absorción.
 - 4. Metabolismo.
 - 5. Hidratación.
- 3. Eliminación.
 - 1. Sistema urinario.
 - 2. Sistema gastrointestinal.
 - 3. Sistema integumento.
 - 4. Sistema pulmonar.
- 4. Actividad/reposo.
 - 1. Reposo/sueño.
 - 2. Actividad/ejercicio.
 - 3. Equilibrio de la energía.
 - 4. Respuestas cardiovasculares/respiratorias.
- 5. Percepción/cognición.
 - 1. Atención.
 - 2. Orientación.
 - 3. Sensación/percepción.
 - 4. Cognición.
 - 5. Comunicación.
- 6. Autoconciencia.
 - 1. Autoconcepto.
 - 2. Autoestima.
 - 3. Imagen corporal.
- 7. Rol/relaciones.
 - 1. Roles del cuidador.
 - 2. Relaciones familiares.
 - 3. Desempeño del rol.
- 8. Sexualidad.
 - 1. Identidad sexual.
 - 2. Función sexual.
 - 3. Reproducción.



- 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés.
 - 1. Respuesta postraumática.
 - 2. Respuestas de afrontamiento.
 - 3. Estrés neurocomportamental.
- 10. Principios vitales.
 - 1. Valores.
 - 2. Creencias
 - 3. Congruencia de las acciones con los valores/creencias.
- 11. Seguridad/protección.
 - 1. Infección.
 - 2. Lesión física.
 - 3. Violencia.
 - 4. Peligros ambientales.
 - 5. Procesos defensivos.
 - 6. Termorregulación.
- 12. Confort.
 - 1. Confort físico.
 - 2. Confort ambiental.
 - 3. Confort social.
- 13. Crecimiento/desarrollo.
 - 1. Conocimiento.
 - 2. Desarrollo.

Los **108 conceptos diagnósticos** se encuentran contenidos en las “clases”. Actualmente encontramos “clases” definidas en las que no aparece ningún concepto diagnóstico pues no existen diagnósticos aprobados.


Los **155 diagnósticos** aprobados se encuentran agrupados dentro de un “concepto diagnóstico”. La definición de cada diagnóstico es comparada con la del dominio y la clase para introducirlo en aquella que resulte más congruente. A modo de ejemplo, esta relación puede apreciarse en la Tabla 2 .

Los ejes de la taxonomía diagnóstica NANDA II

Dentro de las innovaciones propuestas en la taxonomía NANDA II se encuentra la utilización de una estructura multiaxial de los diagnósticos. Cada diagnóstico contiene [6] explícita o implícitamente diferentes ejes, y no obligatoriamente en su totalidad. Los ejes permiten un sistema de ordenación de los diagnósticos que facilita el estudio, la investigación y su informatización.

 **Tabla 2.**

Dominio 1. Promoción de la salud	
CLASE 1. TOMA DE CONCIENCIA DE LA SALUD	
Conceptos diagnósticos No figuran	Diagnósticos aprobados No figuran
CLASE 2. MANEJO DE LA SALUD	
Conceptos diagnósticos Manejo del régimen terapéutico	Diagnósticos aprobados 00082 Manejo efectivo del régimen terapéutico
	00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico
	00080 Manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar
	00081 Manejo inefectivo del régimen terapéutico de la comunidad
Conductas generadoras de salud	00084 Conductas generadoras de salud
Mantenimiento de la salud	00099 Mantenimiento inefectivo de la salud
Mantenimiento del hogar	00098 Deterioro del mantenimiento del hogar

Los ejes propuestos son siete: el concepto diagnóstico; tiempo; unidad de cuidados; etapa de desarrollo; potencialidad; descriptor; topología (Ver Tabla 3 .

Eje 1. El concepto diagnóstico

Es el elemento fundamental que le da el significado al diagnóstico; puede estar formado por uno o varios términos, en los casos en los que el concepto diagnóstico está formado por más de un término, el significado de los mismos se adquiere con el del conjunto de los términos.

Los **conceptos diagnósticos** contenidos en la taxonomía II son 108.

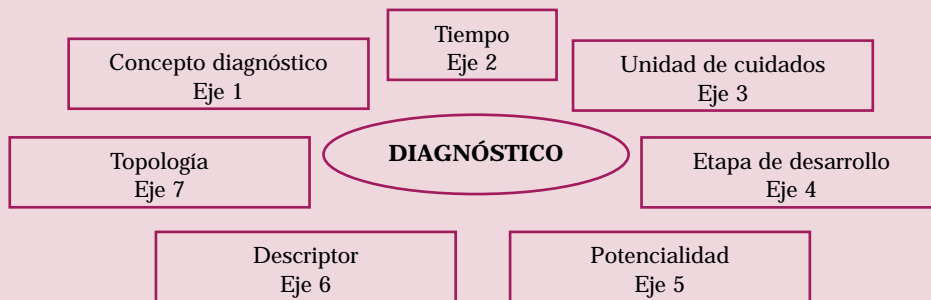
Eje 2. Tiempo

El eje tiempo se refiere a la identificación en los diagnósticos de la duración de su presencia. Los valores considerados en este eje son:



Tabla 3.

Ejes de la taxonomía diagnóstica NANDA II



- **Agudo:** cuando tiene en la persona una presencia inferior a 6 meses.
- **Crónico:** si la permanencia del diagnóstico es superior a 6 meses.
- **Intermitente:** si el diagnóstico se inicia y cesa a intervalos cíclicos.
- **Continuo:** cuando se produce de manera ininterrumpida durante un periodo de tiempo.

Un mismo diagnóstico puede presentar dos valores de este eje, pudiéndose conjugar los dos primeros valores con los dos segundos, pero en ningún caso entre sí. Por ejemplo, puede ser: agudo (con una permanencia de dos meses) y continuo pues es constante durante este tiempo, o intermitente (si no se produce continuamente durante este tiempo). Lo que no puede ser es agudo y crónico a la vez, ni intermitente y continuo simultáneamente.

Eje 3. Unidad de cuidados

El eje unidad de cuidados se refiere a la población a la que corresponde el diagnóstico. Los valores descritos en este eje son:

- **Individuo:** cuando se refiere a una persona concreta.
- **Familia:** si el diagnóstico corresponde a un grupo de personas, al menos dos, que mantienen relaciones de convivencia (con consanguinidad o no).
- **Grupo:** cuando el diagnóstico corresponde a un conjunto de personas con un interés común.
- **Comunidad:** se entiende como un "grupo de personas que vive en un mismo lugar y bajo un mismo gobierno".

En los casos en los que no se describe ninguno de los valores en un diagnóstico, se considera que corresponde a la unidad individuo.

Eje 4. Etapa de desarrollo

Este eje se refiere a la edad de la persona a la que le corresponde el diagnóstico. Se distinguen los periodos de edades siguientes: feto, neonato, lactante, niño pequeño, preescolar, escolar, adolescente, adulto joven, adulto maduro, adulto, anciano joven, anciano, gran anciano.

Eje 5. Potencialidad

Se refiere al potencial del estado de salud que se trata de identificar con el diagnóstico. Se describen como valores de este eje:

- **Bienestar:** se refiere a diagnósticos que identifican un estado de salud sano buscado.
- **Riesgo:** se entiende como la vulnerabilidad que se trata de identificar por la existencia de factores que aumentan la posibilidad de que se produzca un problema/diagnóstico.
- **Real:** cuando la existencia del diagnóstico es evidente.

Eje 6. Descriptor

Este eje se denomina también modificador, y con él se pretende concretar los diagnósticos con juicios que especifican las respuestas identificadas según los valores descritos dentro de este eje. Éstos son:

- **Anticipado:** hecho de antemano, previsto.
- **Aumentado:** mayor en tamaño, cantidad o grado.



- **Comprometido:** vulnerable a una amenaza.
- **Deficiente:** inadecuado en cantidad, calidad o grado: no suficiente, incompleto.
- **Deplecionado:** vacío total o parcialmente, exhausto.
- **Desequilibrado:** desestabilizado, descompensado.
- **Desorganizado:** que destruye la disposición sistemática.
- **Desproporcionado:** incoherente con un estándar.
- **Deteriorado:** empeorado, debilitado, lesionado, reducido.
- **Disfuncional:** de funcionamiento anormal, incompleto.
- **Disminuido:** reducido, menor en número, cantidad o grado.
- **Disposición para mejorar:** (se refiere a los diagnósticos de salud), aumentar en cantidad o calidad, lograr lo más deseado.
- **Efectivo:** que produce el efecto deseado.
- **Equilibrio:** estabilidad, compensación.
- **Excesivo:** se caracteriza por una cantidad mayor que la necesaria, deseable o útil.
- **Funcional:** de funcionamiento normal y completo.
- **Habilidad:** capacidad para hacer o actuar.
- **Incapacidad:** falta de habilidad para hacer o actuar.
- **Incapacitante:** que lo hace impracticable o incapaz; que incapacita.
- **Inefectivo:** que no produce el efecto deseado.
- **Interrumpido:** que altera la continuidad o uniformidad.
- **Organizado:** que forma una disposición sistemática.
- **Percibido:** que se toma conciencia a través de los sentidos; asignación de significados.
- **Retrasado:** pospuesto, impedido, retardado.
- **Trastornado:** agitado o interrumpido, que interfiere.

Eje 7. Topología

Este eje señala las partes corporales a las que pudiera referirse el diagnóstico. Los valores que conforman este eje son: auditivo, cardiopulmonar, cerebral, cutáneo, gastrointestinal, gustativo, intestinal, intracraneal, membranas mucosas, neurovascular periférico, olfatorio, oral, renal, táctil, urinario, vascular periférico y visual.

CLASIFICACIÓN NOC

La utilización de los criterios de resultados para analizar y medir la efectividad y la eficacia de los cuidados

se remontan a mediados de los años sesenta, cuando Aydelotte [3] toma como referenciador de la calidad de los cuidados, *“los cambios que se producen en los clientes tanto en el comportamiento como en los aspectos físicos”*.

Utilizado como punto de partida, se han llevado a cabo numerosos esfuerzos para estructurar los resultados. Los primeros trabajos de clasificación de resultados relacionados con intervenciones enfermeras fueron realizados por Hover y Zimmer [3] a finales de la década de los 70. Se utilizaron cinco medidas generales: *“el conocimiento que tenía el paciente sobre la enfermedad y sus tratamientos; el conocimiento que tenía sobre las medicaciones; sus habilidades de autocuidado; las conductas adaptativas y el estado de salud”*.

A partir de este momento, otros trabajos de investigación fueron ampliando las categorías de resultados, para describir con mayor exactitud las situaciones de cuidados de los pacientes. Entre ellos podemos destacar los llevados a cabo por Horn y Swain [3], que categorizaron más de 300 indicadores.

Posteriormente se han desarrollado numerosas investigaciones, que han ido aportando elementos diferenciadores, ampliando las categorías de resultados que describen la situación del paciente y los recursos empleados.

Si bien es cierto que muchos de los resultados que se obtienen de los pacientes en un proceso clínico no son específicos únicamente de una sola competencia profesional, puesto que en estos resultados confluyen la praxis de todo un equipo, es totalmente necesario que las enfermeras determinen aquellos resultados que derivan exclusivamente de sus acciones cuidadoras, para así determinar su cartera de servicios, evaluar su efectividad y los costes dentro del Sistema Sanitario.

Johnson, Maas y Moorhead, de la Universidad de Iowa, cuentan con un equipo de investigadores, formado en 1991, cuyo objetivo de partida fue *“el conceptualizar, denominar, someter a validación y clasificar los resultados que se obtuvieran de las acciones cuidadoras de las enfermeras, sobre los clientes”*. En este momento el NOC (*Nursing Outcomes Classification*) ha clasificado 260 criterios de resultados, añadiendo a la primera edición cincuenta y siete criterios



nuevos relacionados con la persona y siete con la familia [3].

Definición de términos

La clasificación de NOC contiene cuatro términos que son claves para la comprensión de la estructura organizativa que presenta dicha clasificación. Estos términos son:

Dominio

Es el nivel más abstracto de la clasificación. Con los dominios se trata de identificar y describir resultados de comportamiento y/o conducta de la persona que tienen relación con su salud, desde una perspectiva integral y tanto individual como colectiva.

Clase

Es el segundo nivel de la clasificación y describe resultados más concretos de los dominios.

Resultados

Representa el nivel más concreto de la clasificación y expresan los cambios modificados o mantenidos que se quieren alcanzar en los pacientes como consecuencia de los cuidados enfermeros.

Indicador

Se refiere a los criterios que permiten valorar los resultados, incluyendo una **escala** para su valoración.

La relación que mantienen estos términos dentro de la clasificación puede verse en la Tabla 4.

Estructura de la clasificación

Los aspectos conceptuales y metodológicos de la clasificación NOC parten de interrogantes que se

plantearon los investigadores y de revisar la bibliografía y trabajos realizados por diferentes grupos de enfermeras, con experiencia en la aplicación clínica.

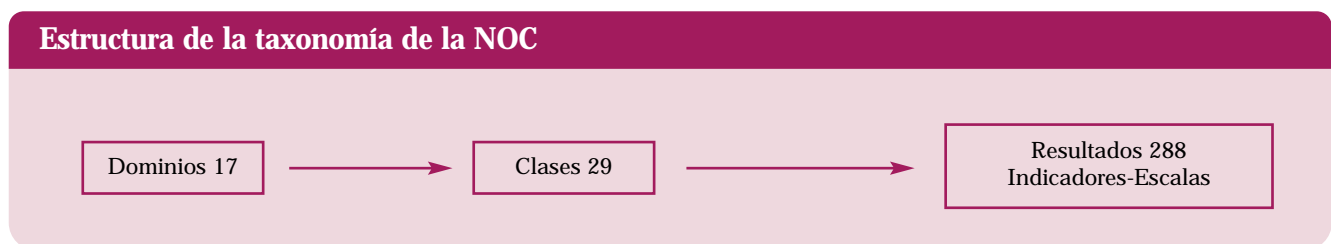
Con la clasificación se pretende: “Definir el receptor de los cuidados; pormenorizar que describen los resultados; en qué niveles de abstracción se deben desarrollar y cómo deben plantearse; describir resultados que procedan de acciones de cuidados enfermeros y sean el resultado de los diagnósticos enfermeros identificados y finalmente cómo y cuándo se realizará la medición de los resultados” [3].

El NOC plantea una estructura taxonómica en tres niveles: **dominio, clases y resultado** con sus indicadores. Se recogen 7 dominios, 29 clases y 258 resultados.

Los siete dominios recogidos en NOC con sus clases correspondientes son:

- **1. Salud funcional:** resultados que describen la capacidad y la realización de las tareas básicas de la vida.
 - A. Mantenimiento de la energía.
 - B. Crecimiento y desarrollo.
 - C. Movilidad.
 - D. Autocuidado.
- **2. Salud fisiológica:** resultados que describen el funcionamiento humano.
 - E. Cardiopulmonar.
 - F. Eliminación.
 - G. Líquidos y electrolitos.
 - H. Respuesta inmune.
 - I. Regulación metabólica.
 - J. Neurocognitiva.
 - K. Nutrición.
 - a. Respuesta terapéutica.
 - L. Integridad tisular.
 - Y. Función sensitiva.

Tabla 4.





- **3. Salud psicosocial:** resultados que describen el funcionamiento psicológico y social.
 - M. Bienestar psicológico.
 - N. Adaptación psicológica.
 - O. Autocontrol.
 - P. Interacción social.
- **4. Conocimiento y conducta en salud:** resultados que describen actitudes, comprensión y acciones con respecto a la salud y a la enfermedad.
 - Q. Conductas de salud.
 - R. Creencias sobre la salud.
 - S. Conocimientos sobre la salud.
 - T. Control del riesgo y seguridad.
- **5. Salud percibida:** resultados que describen impresiones sobre la salud individual.
 - U. Salud y calidad de vida.
 - V. Sintomatología.
- **6. Salud familiar:** resultados que describen el estado de salud, conducta o el funcionamiento en salud de la familia en conjunto o de un individuo como miembro de la familia.
 - W. Estado del cuidador familiar.
 - Z. Estado de salud de miembros familiares.
 - X. Bienestar familiar.
- **7. Salud comunitaria:** resultados que describen la salud, el bienestar y el funcionamiento de una comunidad o población.
 - b. Bienestar comunitario.
 - c. Protección de la salud comunitaria.

Cada resultado se describe con su definición, los criterios que indican su estado y evolución y la bibliografía en la que se ha basado la descripción y que puede servir de apoyo para su aplicación. Cada resultado está incluido en la clase y dominio al que corresponde por la relación de coherencia entre sus definiciones.

Las taxonomías permiten la codificación de los elementos que la forman, cuyo objetivo es poder establecer de una manera unívoca la relación existente entre el significado y los significantes, facilita el manejo de los mismos en sistemas informatizados, la comunicación con otros recursos informáticos y evaluar ágilmente los resultados de los pacientes.

La estructura de codificación que emplea el NOC [3] es la siguiente:

Para los dominios emplea los números enteros del 1 al 7, las clases están representadas con letras del alfabeto en mayúscula (A-X) y las minúsculas para las clases que van apareciendo con motivo de las investigaciones; los resultados están representados por 4 dígitos, comprendidos entre (0001), resultado perteneciente a la clase (A), "*Mantenimiento de la energía*", (2880) y resultado incluido en la clase (c) "*Protección de la salud comunitaria*".

Para cada una de las clases se han adjudicado un intervalo de 100 valores, lo que permite codificar nuevos resultados sin modificar la estructura de la clasificación.

Cada resultado puede ser medido/cuantificado por unos indicadores, utilizando los números del 01 al 99 para cada uno de ellos, permitiendo de la misma manera la inclusión de nuevos indicadores.

Como se trata de medir resultados, la clasificación incluye un sistema de escalas, tanto para los resultados como para sus indicadores correspondientes.

Actualmente, los resultados recogidos en el NOC pueden ser evaluados mediante diecisiete escalas de medida, identificadas con letras del alfabeto en minúscula (a-p); los indicadores incluidos en cada resultado son valorados mediante una escala tipo Likert, cuyos valores se encuentran en el intervalo de 0 a 5 puntos (0-5), que fue seleccionada como pertinente por los expertos en medición para ofrecer suficientes criterios en el momento de valorar la evolución del resultado planteado. Cada escala permite medir resultados diferentes. La denominación de los rangos es específica para diferentes resultados, buscando la mejor identificación de lo que se pretende medir. Por ejemplo, en el escala 1 nos encontramos que las denominaciones van desde "extenso" para el rango uno a "ninguno" para el rango cinco. Con esta escala se mide un resultado de Adaptación y cuando se trata de medir un resultado de Competencia utiliza desde "escaso" para el rango uno a "excelente" para el rango cinco.


Para ver el desarrollo concreto de la clasificación se ofrece a modo de ejemplo uno de ellos (Ver Tabla 5 ).



Tabla 5.

Desarrollo de la clasificación NOC [3]

Dominio: conocimiento y conducta en salud (4)

Clase: conocimiento sobre la salud (S)

Resultado que se describe: Conocimientos: procedimientos terapéuticos (1814)

Escala: de ninguno a extenso (i)

Definición: grado de compensación transmitido sobre los procedimientos requeridos dentro de un régimen terapéutico.

Conocimientos procedimientos terapéuticos	Ninguno 1	Escaso 2	Moderado 3	Sustancial 4	Extenso 5
Indicadores:					
181401 Descripción del procedimiento terapéutico					
181402 Explicación del propósito del procedimiento					
181403 Descripción de los pasos del procedimiento					
181404 Descripción de cómo funciona el dispositivo					
181405 Descripción de las precauciones de la actividad					
181406 Descripción de restricciones relacionadas con el procedimiento					
181407 Descripción de los cuidados adecuados del equipamiento					
181408 Ejecución del procedimiento terapéutico					
181409 Descripción de las acciones apropiadas durante las complicaciones					
181410 Descripción de los posibles efectos indeseables					
181411 Otros					

4: código de dominio. S: código de clase. 1814: código de resultado. i: código de escala del resultado. (181401) al (181411): código de indicadores

CLASIFICACIÓN NIC

La *Nursing Interventions Classification*, NIC, es la relación ordenada de las actuaciones que las enfermeras llevan a cabo en el desempeño de su papel cuidador o, como señalan McCloskey y Bulechek [4], "la Clasificación de Intervenciones Enfermeras es una clasificación normalizada completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería". Observamos que en las dos definiciones aportadas se habla de "relación ordenada" y "clasificación normalizada", se desprende de ello que la NIC, en estos momentos y después de catorce años de trabajo, no es un simple listado de actividades sino que este listado tiene un orden interno, establecido para facilitar el uso de la clasificación y hacer posible la integración de la misma y su relación con la clasificación diagnóstica o con la clasificación de respuestas u objetivos (NOC). Por tanto, deberíamos referirnos a la NIC como la **taxonomía de las actividades enfermeras**.

El trabajo que en 1987 iniciaron McCloskey y Bulechek junto a un grupo de profesionales de la Facultad

de Enfermería de la Universidad de Iowa se consolidó en 1992 con la elaboración de una clasificación de actividades. Esta clasificación se desarrolló hasta convertirse en el año 1995 en una taxonomía de intervenciones. Hoy, como apuntan sus dos investigadoras principales, se encuentra en fase de uso y mantenimiento, lo que significa que ya existen grupos de profesionales de enfermería que están poniendo a prueba esta taxonomía y aportando los resultados de su trabajo para mejora y enriquecimiento de la misma.

Definición de términos

La clasificación NIC contiene cuatro términos que son claves para la comprensión de la estructura organizativa que presenta dicha clasificación. Estos términos son:

Campo

Es el nivel de mayor abstracción de organización de la clasificación. Cada campo trata de dar unidad al conjunto de cuidados que se relacionan con un aspecto de la persona.



 **Tabla 6.**

Estructura de la taxonomía NIC




Clase

Supone un mayor nivel de concreción dentro de la clasificación. Especifica cuidados que están relacionados con un aspecto determinado del **campo**.

Intervención

Es el nivel de mayor concreción de la clasificación. Dentro de la taxonomía son los tratamientos que se relacionan con los aspectos contenidos en las clases. Cada intervención se desarrolla con **actividades** concretas.

Dentro de la clasificación estos términos se relacionan como figura en la Tabla 6 .

Estructura de la clasificación

La taxonomía propuesta por McCloskey y Bulechek consta de tres niveles: "campo"; "clase"; "intervención". Actualmente en la taxonomía se recogen **siete campos; 30 clases y 486 intervenciones**.

Los campos y su definición son los siguientes:

- **1. Fisiológico básico:** integra los cuidados dirigidos al funcionamiento físico del organismo. Clases que lo integran:
 - A. Control de actividad y ejercicio.
 - B. Control de la eliminación.
 - C. Control de la inmovilidad.
 - D. Apoyo nutricional.
 - E. Fomento de la comodidad física.
 - F. Facilitación de los autocuidados.
- **2. Fisiológico complejo:** integra los cuidados dirigidos a la regulación homeostática del organismo. Clases integrantes:
 - G. Control de electrolitos y ácido-base.
 - H. Control de fármacos.
 - I. Control neurológico.
 - J. Cuidados perioperatorios.
 - K. Control respiratorio.
 - L. Control de piel/heridas.
 - M. Termorregulación.
 - N. Control de la perfusión tisular.
- **3. Conductual:** integra los cuidados dirigidos hacia el funcionamiento psicosocial y la promoción de los cambios en el estilo de vida de la persona. Clases que lo integran:
 - O. Terapia conductual.
 - P. Terapia cognitiva.
 - Q. Potenciación de la comunicación.
 - R. Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles.
 - S. Educación de los pacientes.
 - T. Fomento de la comodidad psicológica.
- **4. Seguridad:** integra los cuidados dirigidos hacia la protección contra los peligros para la persona, tanto de carácter físico como psicológico. Las clases son:
 - U. Control en casos de crisis.
 - V. Control de riesgos.
- **5. Familia:** integra los cuidados dirigidos hacia la unidad familiar, centrados en alguno de sus miembros o en el conjunto de la familia. Lo integran las clases:
 - W. Cuidados de un nuevo bebé.
 - Z. Cuidados de crianza de un nuevo bebé.
 - X. Cuidados de la vida.
- **6. Sistemas de salud:** cuidados dirigidos a promover el uso eficaz de los sistemas de prestación de asistencia sanitaria por parte de los usuarios de dicho sistema. Clases que lo integran:
 - Y. Medición del sistema sanitario.
 - a. Gestión del sistema sanitario.
 - b. Control de la información.
- **7. Comunidad:** cuidados dirigidos hacia el fomento y la promoción de la salud de la comunidad. Clases que lo integran:
 - c. Fomento de la salud de la comunidad.
 - d. Control de riesgos de la comunidad.



Tabla 7.


Intervención de cuidados en la incontinencia intestinal NIC [4]

Campo 1. Fisiológico básico

Clase B. Actuación ante la eliminación

Intervención que se describe: 0410 cuidados de la incontinencia intestinal**Definición:** *Estimulación de la continencia intestinal y mantenimiento de la integridad de la piel perianal.***Actividades**

- Determinar la causa física o psicológica de la incontinencia fecal.
- Explicar la etiología del problema y la base de las acciones.
- Determinar los objetivos del programa de manejo intestinal con el paciente-familia.
- Examinar los procedimientos y resultados esperados con el paciente.
- Instruir al paciente-familia para que lleve un registro de defecación, si es preciso.
- Lavar la zona perianal con jabón y agua y secarla bien después de cada deposición.
- Utilizar preparados de detergentes no iónicos, para la limpieza, si es necesario.
- Utilizar polvos y cremas en la zona perianal con precaución.
- Mantener la cama y la ropa de cama limpias.
- Llevar a cabo un programa de entrenamiento intestinal, si procede.
- Vigilar por si se produjera una evacuación intestinal adecuada.
- Controlar la dieta y las necesidades de líquidos.
- Estar alerta por si hubiera efectos secundarios a la administración de medicamentos.
- Vaciar la bolsa rectal, si es necesario.
- Controlar pañales de incontinencia, si es necesario.
- Proporcionar pantalones de protección, si procede.

Cada intervención se describe en la clasificación con su definición, la relación de las actividades que la componen y la bibliografía en la que se apoyan; a modo de ejemplo se puede ver la que corresponde a la intervención de cuidados de la incontinencia intestinal (Ver Tabla 7 ).

Como estamos viendo, tanto los campos como las clases y las intervenciones tienen un código identificativo alfanumérico. McCloskey y Bulechek afirman que la codificación de las intervenciones dentro de la taxonomía CIE/NIC es imprescindible para poder utilizarla aprovechando todos los recursos de que disponen actualmente las enfermeras y así agilizar y facilitar su utilización.

El código para el nivel campo es un número entero del 1 al 7; el código para la clase es el alfabeto registrado en letra mayúscula de la A a la Z hasta nombrar las 26 primeras clases y retomando de nuevo el alfabeto pero en minúsculas para nombrar las cuatro clases restantes.

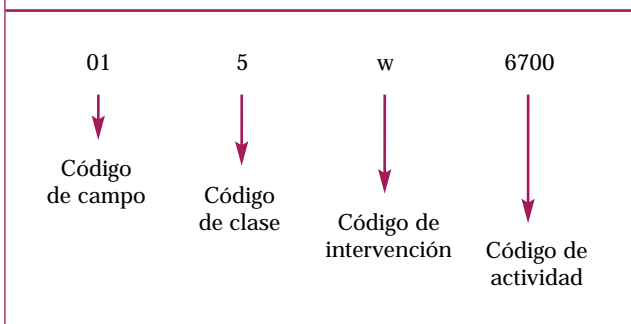
Para codificar las intervenciones se ha elegido un número de cuatro cifras asignándole a cada clase

doscientos números, de modo que en la clase A, como sabemos perteneciente al campo 1, podríamos codificar hasta 200 intervenciones que estarían marcadas con los números comprendidos entre el 0100 y el 0399; la clase B, también del campo 1, podría incluir otras 200 intervenciones que se marcarían con los números comprendidos entre el 0400 y el 0699; y así sucesivamente.

Para codificar las actividades o acciones concretas McCloskey y Bulechek proponen añadir al código de la intervención un decimal para cada una de las actividades que incorpora una intervención.

Veamos un ejemplo (Ver Imagen 1). Nos encontramos con el código siguiente: 5W6700,01.

- Se trata del código que designa una actividad.
- Esta actividad es la primera relacionada dentro de la intervención 6700.
- Pertenece a la clase W, cuidados de un nuevo bebé.
- Se encuentra dentro del campo 5 familia.

**Imagen 1: Representación del esquema NIC**

RELACIONES ENTRE LAS CLASIFICACIONES DESCRITAS

Cada una de las clasificaciones descritas tiene significado en sí misma y, por tanto, se puede aplicar de forma independiente. Pero, cada vez más, los grupos que trabajan en su desarrollo tratan de establecer relaciones y buscar la complementariedad entre ellas.

Como se ha puesto de manifiesto repetidamente a lo largo del capítulo, las tres clasificaciones proporcionan instrumentos metodológicos para el **proceso de cuidar**. Por ello la complementariedad de las clasificaciones encontrará su sentido siempre que su utili-

zación se encuadre adecuadamente, en las partes del proceso con las que se corresponden.

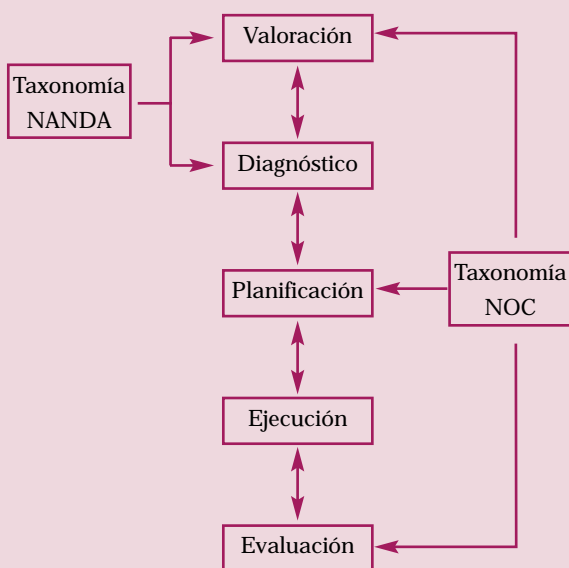
Por otra parte, cada una de las clasificaciones cuenta con su propio marco teórico y lenguaje, lo que hace la interrelación más dificultosa que la metodológica propiamente dicha. Aquí está el reto que están tratando de superar los diferentes grupos que trabajan en este sentido, con las propuestas que se ofrecen. Actualmente existen planteamientos de utilización conjunta NANDA-NOC y NANDA-NIC.

En cuanto a la utilización conjunta NANDA y NOC como guía para la práctica, los diagnósticos NANDA ofrecen los referentes metodológicos para la valoración de la persona y el análisis de la situación y el lenguaje normalizado para formular los problemas detectados en forma de diagnósticos. Los resultados NOC proporcionan una guía para valorar/evaluar los indicadores que evidencian la medida en la que se presenta/resuelve un problema, y delimitar las situaciones del paciente (Ver Tabla 8).

Como resultado de estos trabajos se formulan propuestas de utilización conjunta como podemos ver en el ejemplo siguiente, recogido en la Tabla 9 .

Tabla 8.

Relación entre las clasificaciones NANDA y NOC y el proceso de cuidar

**Tabla 9.**

Utilización conjunta NANDA-NOC

Diagnóstico NANDA: deterioro del patrón sueño

Definición: Trastornos de la cantidad y calidad del sueño (suspensión de la conciencia periódica, natural) limitado en el tiempo

Resultados sugeridos:

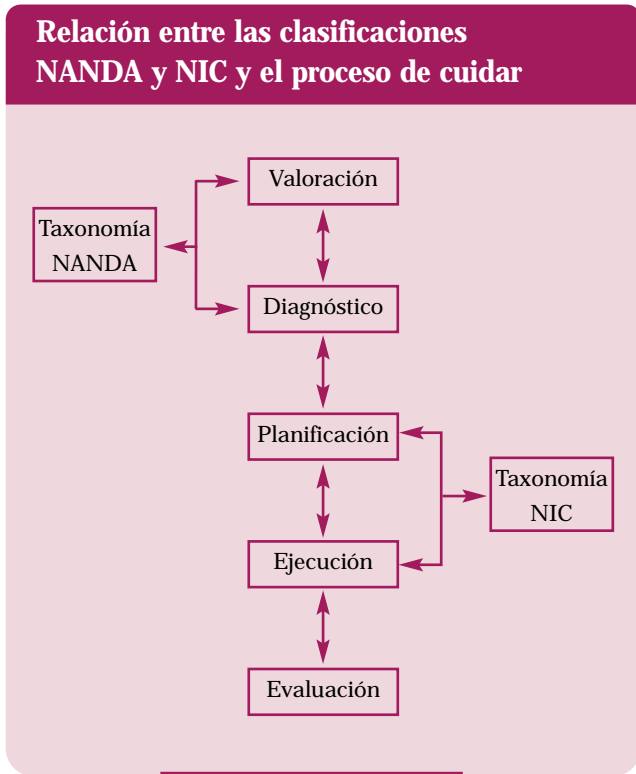
- Bienestar
- Descanso
- Control de la ansiedad
- Sueño

Resultados opcionales adicionales:

- Adaptación psicosocial: cambio de vida
- Eliminación urinaria
- Estado respiratorio: ventilación
- Nivel de dolor
- Respuesta a la medicación
- Eliminación intestinal
- Equilibrio emocional
- Nivel de comodidad
- Participación en actividades de ocio
- Soledad



Tabla 10.



Respecto a la utilización conjunta de NANDA y NIC y partiendo del sentido que tienen los diagnósticos NANDA expresado anteriormente, NIC complementa el proceso de cuidar ofreciendo una guía para seleccionar las intervenciones enfermeras más adecuadas para la resolución del problema identificado en el diagnóstico y las actividades más apropiadas (Ver Tabla 10).

Como resultado de estos trabajos se formulan propuestas de utilización conjunta como podemos ver en el ejemplo que sigue (Ver Tabla 11).

Al observar las relaciones entre NANDA y NOC y NANDA y NIC descritas y representadas anteriormente y su relación con el proceso de cuidar, se

Tabla 11.

Utilización conjunta NANDA-NIC (4)

Diagnóstico NANDA: deterioro del patrón sueño

Definición: *Trastornos de la cantidad y calidad del sueño (suspensión de la conciencia periódica natural) limitado en el tiempo*

Intervenciones de la clasificación NIC sugeridas para la solución del problema:

- Actuación ambiental: comodidad
- Actuación ante la demencia
- Administración de medicamentos
- Control del medio ambiente
- Inducción al sueño
- Potenciación de la seguridad
- Prescripción de medicamentos
- Terapia de relajación simple
- Uso de medicamentos

Intervenciones de la clasificación NIC opcionales o adicionales:

- Actuación ante el dolor
- Ayuda con los autocuidados: aseo
- Baños
- Cambio de posición
- Potenciación de la capacidad de hacer frente a situaciones difíciles
- Fomento del ejercicio
- Masaje simple
- Medicación
- Control de la energía

puede concluir que existe una clara relación entre las tres clasificaciones desde la perspectiva metodológica, lo que orienta la idea de que es posible la utilización conjunta de las tres clasificaciones. La barrera del lenguaje, apuntada anteriormente como el factor que hace la relación más difícil, no puede entorpecer la unificación de clasificaciones que en conjunto contribuyen a concretar y explicitar el contenido del proceso de cuidar, aumentando así la calidad del mismo.



Resumen

- Se trata en este capítulo sobre la utilización de tres estructuras metodológicas en la práctica de la enfermería, y aunque se concreta específicamente en su utilización en la clínica, como instrumento de ayuda en el proceso de cuidar, es necesario resaltar que también resulta de interés en los demás campos.
- En la docencia ofrecen una guía de pensamiento que permite explicar, aprender, diseñar y poner en práctica los planes de cuidados con una estructura que da respuestas a todas las situaciones, al tiempo que unifica y normaliza el lenguaje enfermero.
- Su utilización proporciona información y datos sobre las acciones que se llevan a cabo y su contribución a la solución de los problemas, quiénes realizan estas acciones, el tiempo y los recursos utilizados y los resultados obtenidos; todo esto facilita la gestión, tanto de los recursos de personal como de material. Estas taxonomías están adquiriendo gran importancia en este campo, utilizándose para cuantificar productividad, evaluar la competencia profesional y determinar las retribuciones de los profesionales, lo cual no debe ir en detrimento de su importancia en la clínica y de sus repercusiones positivas para las personas cuidadas.
- En el campo de la investigación son de gran valor, ya que proporcionan información sistematizada y normalizada, lo que facilita el análisis y estudio de la misma. Por otra parte, el conocimiento de lo que se realiza y los efectos/resultados de los cuidados permiten determinar su valor, a partir del cual proponer ampliaciones, cambios, mejoras, inclusiones, etc.
- Sin duda el desarrollo y utilización de clasificaciones de la metodología enfermera significan desarrollo para la profesión. La enfermera profesional al utilizar cualquier clasificación en el proceso de cuidados debe hacer la adaptación de los resultados, las intervenciones y las actividades a la respuesta de la persona, la familia o la comunidad. La enfermera profesional, que sabe que el cuidado tiene una componente de calidad sometida a la percepción del receptor del cuidado, no puede utilizar las taxonomías que presentamos con el único fin de medir la efectividad del trabajo de cuidar a través de la cuantificación de su productividad. La enfermera profesional sabe, y valora como prioridad, que el razonamiento crítico, la capacidad de juicio y de toma de decisiones son requisitos indispensables para que quien desarrolle una actividad pueda ser calificado como profesional y pueda asumir la responsabilidad ética y legal que se derive de su actuación, en este caso, dentro del proceso de cuidar. Esto la obliga, como decíamos en la introducción, a utilizar cuidadosa, crítica y responsablemente las clasificaciones.
- La utilización de metodologías complementarias, siempre que sean de naturaleza compatible, les proporciona un significado mayor pues el desarrollo y mejoras que experimenta cada una de ellas repercute en la otra. En este sentido es necesario que las enfermeras españolas aumentemos nuestro interés por contribuir al desarrollo de las estructuras metodológicas, con su utilización y difusión de experiencias y participando con propuestas en los procesos de construcción de las diferentes clasificaciones, procesos que están abiertos al estudio de los trabajos que se presenten.
- Para terminar es necesario hacerlo con una reflexión. La metodología enfermera representa el procedimiento enfermero de hacer enfermería, pero se requiere de un marco teórico de referencia que proporciona la idea del pensamiento enfermero para la realización de las acciones ordenadas, organizadas y determinadas en los procedimientos y los resultados. Existen experiencias en este sentido, como la desarrollada por Luis, Fernández y Navarro [7] para la utilización de la taxonomía NANDA con el modelo de Henderson como referente conceptual. La verdadera contribución a la disciplina se hace realidad cuando en la práctica se relacionan el marco teórico y el marco metodológico.



Bibliografía

- [1] Benavent, M^a A.; Ferrer, E.; Francisco, C. *Fundamentos de enfermería*. Madrid: Ediciones DAE (Grupo Paradigma), 2001.
- [2] Gordon, M.; Avant, K.; Herdman, H.; Hoskins, L.; Lavin, MA.; Sparks, Sprks. y Warren, J. NANDA. *Diagnósticos Enfermeros: definición y clasificación. 2001-2002*. North American Nursing Diagnosis Association. Barcelona: Harcourt S.A., 2001.
- [3] Johnson, M.; Maas, M.; Moorhead, S. *Proyecto de resultados de IOWA. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE)*. (2^a ed.) Madrid: Harcourt S.A., 2001.
- [4] McCloskey, J.C.; Bulechek, GM. *Proyecto de intervenciones IOWA. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE)*. (3^a ed.) Madrid: Harcourt S.A., 2001. Cómo se ha llegado a la determinación de los campos y clases.
- [5] Mary and Levyn. En una entrevista realizada por Cristina Francisco de Rey para la revista de enfermería ROL n° 220. diciembre 1996.
- [6] Giménez Maroto, A M^a. Situación actual y futuro de la taxonomía diagnóstica NANDA: entrevista con la Dra. Dorothy Jones. *Metas de Enfermería 2000*; 29: 26-31.
- [7] Luis, MT.; Fernández, C.; Navarro, MV. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. De la teoría a la práctica (2^a ed.) Barcelona: Masson S.A., 2000.