

# NANDA. North American Nursing Diagnosis Association.

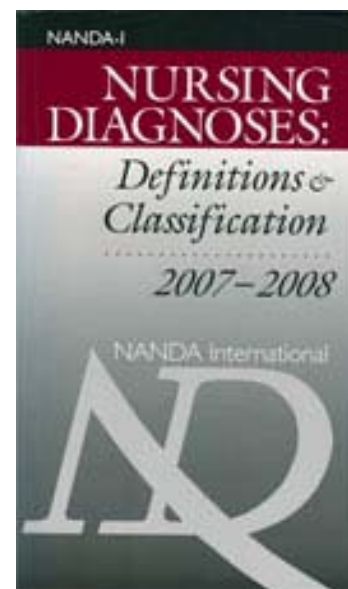
*Desde su nacimiento hasta nuestros días*

Alfonso M. García Hernández

Profesor titular de la Escuela de Enfermería de la Universidad de La Laguna

## introducción

Hace más de tres décadas, al principio de los años 70, nacieron los diagnósticos de enfermería cuando la Asociación Norteamericana de enfermeras (ANA) los reconoció oficialmente incluyéndolos en los *Estandares de la práctica de enfermería* (1973). Posteriormente, con el fin de ser estructurados y clasificados de modo que se permitiera su identificación, acuerdo y uso sistematizado entre las enfermeras norteamericanas Gebbie y Lavin (1973) convocaron la Primera Conferencia Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería, siendo a partir de dicha Conferencia, cuando se estructurará el Grupo Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos de enfermería. Creándose durante la V Conferencia en 1982, la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) quien proporciona la estructura organizativa y establece los planes de trabajo, para el desarrollo y expansión de los diagnósticos de enfermería, siendo el desarrollo, impacto y expansión de los diagnósticos a día de hoy incuestionable, y los trabajos que así lo acreditan innumerables.



La Taxonomía NANDA incluye en su última edición 188 categorías diagnósticas

## desarrollo

El reconocimiento profesional de los diagnósticos enfermeros se llevó a cabo en 1980 cuando la ANA publicó *Nursing: A Social Policy Statement*, donde manifiesta que "la enfermería es el diagnóstico y el tratamiento de respuestas humanas a problemas de salud reales o potenciales" (American Nurses Association, 1980, pág. 9). La actualización de 1995 mantiene esta declaración y a continuación explica que "los diagnósticos facilitan la comunicación entre los profesionales sanitarios y los usuarios y proporcionan una dirección inicial en la elección de tratamientos y la posterior evaluación de los resultados de los cuidados" (American Nurses Association, 1995, pág. 9).

Un diagnóstico enfermero es "un juicio clínico sobre respuestas individuales, familiares o sociales a problemas de salud / procesos vitales reales o potenciales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para elegir las intervenciones enfermeras para conseguir los resultados de los que el profesional enfermero es responsable" (North American Nursing Diagnosis Association, 1999, pág. 149). Los diagnósticos enfermeros de la NANDA están de acuerdo con dicha definición, siendo tanto reales como potenciales (en riesgo de desarrollarse). Los elementos de un diagnóstico NANDA real son la etiqueta, la definición del diagnóstico, las características definitorias (signos y síntomas) y factores relacionados (causales o asociados). Los elementos de un diagnóstico potencial según define la NANDA son la etiqueta, la definición y los factores de riesgo asociados.

En la década de los años 70, la Asociación Norteamericana de Enfermeras (ANA) reconoce oficialmente los diagnósticos de enfermería, ya que los incluyen en los Estándares de la Práctica de Enfermería (1973). Se configura entonces, el diagnóstico de enfermería como una parte del proceso de atención y da carta de legalidad a su utilización en las actividades independientes de enfermería, significando una referencia a la calidad de la práctica. A la par, conlleva la necesidad de estructurar y regular el tema de los diagnósticos enfermeros.

Con este fin, deciden elaborar un sistema de clasificación, que permita la identificación, el acuerdo y el uso sistematizado de los diagnósticos de enfermería entre las enfermeras del país. Esta decisión es el origen de que Gebbie y Lavin (1973) convoquen y organicen en St. Louis, Missouri, el primer *National Conference Group for the Classification of Nursing Diagnoses*. (la Primera Conferencia Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería). Reuniéndose un grupo de profesionales de enfermería por invitación e incluyendo sesiones de trabajo donde los participantes desarrollaron, revisaron y agruparon diagnósticos basados en su habilidad y experiencia.

A partir de esta conferencia, se estructura el Grupo Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería, ya que en 1982, durante la V Conferencia, se crea la **North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)** proporciona la estructura organizativa y establece los planes de trabajo, para el desarrollo y expansión de los

diagnósticos de enfermería. Aunque las categorías diagnósticas, tal como actualmente las conocemos, no surgen hasta 1986. Al inicio de la década de los años 70, la estructura era aun insuficiente, ya que, a pesar de las numerosas discusiones, no se llega a acuerdos sobre la mejor forma de clasificar las etiquetas diagnósticas, por lo que se decide organizarlas en orden alfabético. La NANDA considera insuficiente el criterio alfabético, iniciando por ello los trabajos para elaborar un marco de referencia, que proporcione bases conceptuales, y establece unos criterios de clasificación taxonómica, útiles para agrupar los diagnósticos de enfermería.

En la **III Conferencia Nacional de la NANDA (1977)** se constituye el Grupo de Enfermeras Teóricas, dirigido por Callista Roy, que reúne a 14 teóricas de Enfermería: Bircher, Ellis, Fitzpatrick, Gordon, Hardy, King, McKay, Newman, Orem, Parse, Rogers, Smith y Torres, y conforman el grupo de trabajo que posibilita desarrollar un sistema organizativo para agrupar los diagnósticos enfermeros, de acuerdo a una clasificación estructurada, y así poder crear una taxonomía. Su marco conceptual parte de un trabajo inductivo. Estudian el listado diagnóstico y finalmente proponen como modelo de referencia el Hombre Unitario (Unitary Man). El campo energético del ser humano se manifiesta por características específicas o partes del Hombre Unitario (entendido como el todo) y se identifican por los nueve *Patrones del Hombre Unitario*. Definen el término "Hombre Unitario" como "un conjunto de fenómenos de unidad, continuidad, cambio creativo y dinámico", que permite a la enfermera describir, explicar y

predecir el proceso vital del hombre, siendo definida la salud como "un patrón rítmico de interacción de energía, que mejora mutuamente y expresa el potencial vital total".

Por tanto, en 1982 se había desarrollado y aceptado una lista alfabética de 50 diagnósticos enfermeros para su prueba en el ámbito clínico, y las conferencias se abrieron a la comunidad enfermera, bajo el objetivo de enfermería de *promover la salud, y el servicio que proporciona la participación en la promoción de la salud sobre la base del uso de sí mismo y de un cuerpo de conocimientos propio*. Siendo en este momento conceptualizada la persona como un ser unificado, integrado en el medio, que señala la configuración de un sistema abierto en interrelación recíproca con el entorno (lo que supone desde una comprensión enfocada a la salud la aparición de múltiples estímulos que pueden ser estresantes y desde el desarrollo de distintas formas de hacerles frente, adaptativas o desadaptativas, dada la dependencia existente entre los cambios de estado del campo humano y del campo del entorno). Implícitamente el proceso de salud o enfermedad puede darse en distintos momentos de la vida del ser humano, por lo que las intervenciones de enfermería deben encaminarse a prevenir o ayudar a elaborar y resolver las situaciones que pueden surgir, fomentando las actitudes saludables, creativas o de crecimiento, lo que sitúa al ser humano en un equilibrio dinámico y en un proceso continuo de cambio e innovación.

Durante la **V Conferencia (1982)**, se configura un grupo de trabajo, dirigido por Kritek, que, basándose en los criterios conceptuales que

habían sido elaborados por el grupo de teóricas, es el encargado de dar forma a la primera taxonomía<sup>2</sup>. Este grupo taxonómico centra su trabajo en el análisis de las etiquetas diagnósticas y en los nueve **Patrones del Hombre Unitario**. Observando y describiendo los diferentes niveles de abstracción de las etiquetas diagnósticas (algunas son muy generales y otras son concretas y específicas) modifican la terminología, reemplazando la expresión Patrones del Hombre Unitario por Patrones de Respuesta Humana. Así pues, los "Patrones del Hombre Unitario" surgidos en el año 1978, como resultado de los trabajos del "Grupo de Enfermeras Teóricas", son modificados sobre la base de los trabajos del "Comité Taxonómico" reemplazándose por **Patrones de Respuesta Humana**, los cuales comprenden los campos: Intercambio, Comunicación, Relaciones, Valores, Elección, Movimiento, Percepción, Conocimiento y Sentimientos/Sensaciones.

Sin embargo, el sistema alfabético de clasificación de las etiquetas diagnósticas se mantiene hasta la **VII Conferencia (1986)**, en que se presenta y aprueba la Taxonomía I NANDA, que clasifica las etiquetas diagnósticas agrupándolas en función de los nueve Patrones de Respuesta Humana. Lo cual ha

<sup>2</sup> Taxonomía es diferente a Clasificación. Una clasificación es una disposición sistemática por grupos o categorías de acuerdo con criterios establecidos, es decir, una disposición de los fenómenos en grupos basándose en la relación entre ellos. Taxonomía es el estudio teórico de la clasificación sistemática incluyendo sus bases, principios, reglas y procedimientos, en definitiva es la ciencia de cómo clasificar e identificar.

tenido continuidad como trabajo del Comité Taxonómico, siendo publicadas sucesivas revisiones de la Taxonomía I (1989, 1990, 1992, 1994, 1996, 1998).

Por otro lado, durante la **VIII Conferencia (1988)** la NANDA propone presentar a la OMS una versión específica de la **Taxonomía I NANDA**, bajo el título "*Condiciones que Necesitan Cuidados de Enfermería*", para ser incluida en la revisión de la CIE- 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades), como un sistema idóneo para clasificar también la práctica enfermera.

La propuesta presentada a la OMS también incorpora trabajos seleccionados de:

- El proyecto de Omaha Classification System (OCS)
- Los trabajos relacionados con el DSM-III del Consejo de Enfermería Psiquiátrica y Salud Mental de la ANA.

Esta propuesta no es aceptada por la OMS, al considerar inadecuado incluir la taxonomía de diagnósticos de enfermería en una clasificación de enfermedades, por otro lado comprensible. Planteando que sería más adecuado aceptar su inclusión en otro grupo de la "*Familia de Clasificaciones de la OMS*" en concreto en el capítulo "*Factores que influyen en el Estado de Salud y Contacto con los Servicios de Salud*". Recomendando además incrementar los esfuerzos para organizarse y trabajar la taxonomía diagnóstica a nivel internacional.

A partir de las recomendaciones de la OMS se han multiplicado los trabajos

y relaciones relacionados con los diagnósticos enfermeros, lo cual ha conducido al una expansión internacional. Ya en 1989, el Órgano Rector del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) se propuso establecer una Clasificación Internacional del Ejercicio de la Enfermería (CIEE), y en el **XX Congreso Cuadrienal del CIE**, celebrado en Madrid en Madrid en junio de 1993, el programa contemplaba entre los grupos de interés especial el grupo de "Diagnóstico/Clasificación de enfermería" en el cual June Clarck presenta el proyecto internacional de la OMS/ICN "**Clasificación Internacional para la Práctica enfermera (ICNP)**" además de otros autores que suman sus trabajos sobre la base de los diagnósticos enfermeros, entre los que se encuentran: Coler, Matthewman, Saba, Kim.

Una de las preocupaciones iniciales y a lo largo de estos años, ha sido la de la validación diagnóstica, siendo diferentes los trabajos que se han desarrollado con el fin de hallar marcadores objetivos y ajustados para las categorías diagnósticas. Ya durante la **VI Conferencia (1984)** Fehring presentó un método para estandarizar la validación diagnóstica, proponiendo dicho trabajo tres tipos de validación estandarizada para los diagnósticos de enfermería: 1. Validez del contenido diagnóstico (VCD); 2. Validez del diagnóstico clínico (VDC); y 3. Puntuaciones de correlación etiológica (PCE). Pues utiliza un enfoque basado en evidencias cuantificables y estandarizadas, proponiendo las ratio y puntuaciones para cada una de las características definitorias del diagnóstico a validar, y estableciendo los "índices de

validez estandarizada". Posteriormente en abril de 1989, la NANDA promueve una Conferencia específica sobre investigación en métodos de validación de diagnósticos de enfermería.

La NANDA en su **IX Conferencia en Nashville (1994)** centra su interés en trabajar en el Comité de Revisión Diagnóstica (DRC), en el Comité Taxonómico y en el Comité Internacional. Es al Comité de Revisión Diagnóstica (DRC), a quien se presentan las propuestas de nuevos diagnósticos y es el encargado de efectuar las revisiones de los diagnósticos propuestos, el cual asigna un formato de proposición y recomienda su aceptación, modificación o rechazo.

En la IX Conferencia, se redefinió el proceso de revisión, aceptándose un listado de "**Diagnósticos de Progreso**" tratando de que, al finalizar el proceso de revisión, se aporten evidencias probadas de utilidad clínica del nuevo diagnóstico para su aceptación e inclusión en la taxonomía NANDA. En esta Conferencia, como resultado de los trabajos del Comité Taxonómico, Hoskins presenta la propuesta de la focalizar la taxonomía II desde el concepto de Ejes, tomando una estructura similar a la que presenta el DSM-III-R. El Comité define operativamente un Eje como "la dimensión de la condición humana, considerada en el proceso diagnóstico". Cada diagnóstico sería evaluado en los ejes identificados, que son en este momento 3.

Tras la conferencia bianual en abril de 1994 (11 bianual) en Nashville, Tennessee, el Comité para la Taxonomía se reunió para clasificar

en la Taxonomía I los nuevos diagnósticos admitidos. Dicho Comité tuvo muchas dificultades para hacerlo, debido a tales problemas y el creciente número de nuevos diagnósticos propuestos con un nivel de desarrollo de 1.4 y superior, el comité pensó en la posibilidad de desarrollar una nueva estructura taxonómica que arbitrara la posibilidad de ser rigurosa y reproducible. El Comité estuvo de acuerdo en determinar si había categorías que surgían naturalmente de los datos (de los diagnósticos aceptados). Completándose en una primera ronda una clasificación Q naturalista. Posteriormente, tras una segunda ronda y análisis, se presentó en la conferencia bianual de 1996 en Pittsburg, Pennsylvania una clasificación con 21 categorías, lo que estaba lejos de ser útil en la práctica.

En **1998**, el Comité para la Taxonomía presentó a la Junta directiva de la NANDA cuatro **clasificaciones Q** con diferentes marcos para su estudio:

1. Del que se informó en 1996, era naturalista.
2. Usaba el marco de Jenny (1994).
3. Empleaba del marco de la NOC (Johnson & Maas, 1997).
4. Se basaba en el marco de los Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon (1998).

Ninguno de ellos era plenamente satisfactorio, aunque se consideró la de Marjory Gordon como la mejor. Con el permiso de la autora, la NANDA modificó ligeramente su estructura de patrones que denominó dominios, ampliando uno y desglosando otro, para llegar a la

clasificación número 5, que fue presentada a los miembros en abril de 1998 (13 bianual, St. Louis, Missouri). En esta reunión se invitaron a los asistentes a clasificar los diagnósticos de acuerdo con los dominios seleccionados, contando al final de la reunión con 40 grupos de datos disponibles para su análisis.

La *Estructura del código* de los diagnósticos enfermeros, es un integrador de 32 bits (o si la base de datos del usuario utiliza otra notación, la estructura es un código de 5 dígitos). Esta estructura permite el crecimiento y desarrollo de la estructura de clasificación sin tener que cambiar los códigos cuando se produzcan revisiones o refinamientos o cuando se añadan nuevos diagnósticos. La **Taxonomía II** tiene una estructura codificada que sigue las recomendaciones de la National Library of Medicine (NLM) respecto a los códigos terminológicos en los cuidados de salud (NANDA, 1999).

Basándose en el análisis de los datos y las notas de campo, se hicieron modificaciones adicionales al marco. Siendo las siguientes:

- Uno de los dominios originales se desdobló en dos para reducir el número de clases y diagnósticos que incluía.
- Se añadió otro dominio para el crecimiento y desarrollo, que no estaba en el marco original.
- A otros dominios se les modificó el nombre para que reflejaran mejor la esencia de los diagnósticos que contenían.

La taxonomía final se asemejaba menos a la de Gordon, pero ha reducido casi a cero los errores de clasificación y las redundancias, acercándose en mucho a la estructura taxonómica ideal.

Finalmente, se desarrollaron las definiciones de los dominios y clases y se comparó entonces la definición de cada diagnóstico con las de la clase y el dominio en el que estaba situado, haciéndose revisiones y modificaciones para asegurar la máxima concordancia entre dominios, clases y diagnósticos. Definiéndose los mismos de la siguiente manera:

**Dominios.** *"Es una esfera de actividad, estudio o interés" (Roget, 1980, pp. 287).*

**Clases.** *"Es una subdivisión de un grupo mayor; una división de personas o cosas por su calidad, rango o grado" (Roget, pp. 157).*

**Diagnóstico enfermero.** *"Es un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales, o a procesos vitales. Los diagnósticos enfermeros proporciona la base para la selección de intervenciones enfermeras para alcanzar resultados de los cuales la enfermera es responsable" (aprobado en la 9ª conferencia, 1990).*

La taxonomía II se usa para la clasificación de los diagnósticos enfermeros, y apareció por 1ª vez en el libro **Diagnósticos enfermeros de la NANDA: definiciones y clasificación 2001-2002.**

Los nombres y las reglas que rigen la nomenclatura de la Taxonomía II difieren de la taxonomía I. Han cambiado nombres de muchos de los diagnósticos, debido al marco multiaxial de la nueva taxonomía y al que el Ribbon Silver Panel on Wellness recomendó la sustitución del descriptor "Potencial de mejora de..." para los diagnósticos de salud o bienestar por el de "Disposición para mejorar...", además la Junta de directores de la NANDA suprimió el término "alterado" y añadió términos más específicos (p. ej.: "deteriorado"). Finalmente el Comité para la Taxonomía perfeccionó las reglas para la selección de los descriptores de los diagnósticos enfermeros, de modo que la selección estuviera en concordancia con la nueva estructura multiaxial.

Durante este periodo, la NANDA comenzó a negociar una Alianza con el Classification Center en el College of Nursing, University of Iowa, Iowa City, Iowa. Como parte de esta alianza, se estudió la posibilidad de desarrollar una estructura taxonómica común, haciendo visible la relación entre las tres clasificaciones y facilitando la vinculación entre los diagnósticos enfermeros- Intervenciones y Resultados.

Dorothy Jones (representante de la NANDA) y Joanne McCloskey (representante de Classification Center), desarrollaron una propuesta para convocar a una Conferencia por invitación, auspiciada por la National Library of Medicine (del 12 al 14 de agosto de 2001 en Illinois). Reunió a 24 expertos en desarrollo, validación y refinamiento del lenguaje para trazar el primer diseño de la

estructura taxonómica común, cuyo objetivo era desarrollar una estructura común que incluyera la NANDA, la NOC y la NIC, con la posibilidad de incluir también otros lenguajes.

Un tercer diseño se dio a conocer a los miembros de la NANDA en la **Conferencia NNN, (Chicago, Abril de 2002)** que tras la sugerencia de 28 profesionales concluyó en un diseño final "*Taxonomía NNN para la práctica enfermera*". Y el mapa de todos los diagnósticos enfermeros de la estructura común se presentó en el Comité para la Taxonomía de la NANDA en Chicago, Illinois (del 25 al 27 de marzo de 2004), en la Second Biennial Conference of NANDA, NIC & NOC Alliance, *NNN: Working Together for Quality Nursing Care*. En la que la estructura común NANDA - NIC - NOC, fue un documento de trabajo. La Taxonomía I de la NANDA fue incluida en el código de la International Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death (ICD) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Fitzpatrick, 1998). A consecuencia de ello se desarrolla una taxonomía revisada dentro de un marco multiaxial, la Taxonomía II, que incorpora métodos para la validación de diagnósticos (Fehring, 1986; Parker & Lunney, 1998; Hoskins, 1997, y Whitley, 1999). Convirtiéndose los estudios de validación en una parte importante de los congresos bianuales. En la publicación de la *NANDA Nursing Diagnosis*, a la que en el año 1999 se le cambió el nombre por el de *Nursing Diagnosis: The Journal of Nursing Language and Classification*, también aparecen estudios de investigación así como artículos de aplicación.

La Taxonomía II diagnóstica de la NANDA, aprobada en la XIV Conferencia, celebrada en Orlando (Florida. EE.UU.) es la estructura taxonómica que ha hecho desaparecer los Patrones de Respuesta humana, y es un marco multiaxial que permite a las enfermeras clínicas ver donde están las carencias y los nuevos diagnósticos potencialmente útiles, por ello que se hayan modificado palabras debido al marco multiaxial de la taxonomía y a que el Silver Ribbon Panel on Wellness recomendó un nuevo modificador para los diagnósticos de salud o bienestar "disposición para mejorar". Además, de que la junta de directores de la NANDA suprimió el término "alterado" y añadió términos más específicos (p. e.: deteriorado). La Taxonomía II incorpora además, una estructura codificada que sigue las recomendaciones de la National Library of Medicine (NLM) respecto a los códigos terminológicos en los cuidados de salud. Siendo la estructura del código un integrador de 32 bits (un código de 5 dígitos), lo cual permite la evolución de la clasificación como consecuencia del desarrollo del conocimiento sin tener por ello que cambiar el código de los diagnósticos.

Para ampliar el trabajo de la NANDA se alcanzó un acuerdo de colaboración entre un equipo de investigación de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Iowa y la NANDA. Su objetivo, mejorar la extensión, el alcance y la utilidad clínica de la clasificación NANDA (Craft-Rosenberg & Delaney, 1997). Este equipo presentó numerosos diagnósticos perfeccionados y diagnósticos nuevos para su discusión en el Congreso de la



NANDA de 1998. La edición de 1999-2000 de la clasificación NANDA (North American Nursing Diagnosis Association, 1999) incluye una parte de estas actualizaciones y las actas de las conferencias describen el trabajo completo de la Nursing Diagnosis Extension and Classification (NDEC). El trabajo de la NANDA que se publica cada año, y en su última edición 2007-2008, la clasificación NANDA, incorpora 188 diagnósticos enfermeros, de los cuales 16 son nuevos, además de haber sido revisados 26 diagnósticos de la edición 2005-06, adelantados en el Meeting celebrado los días 14 y 15 de febrero de 2007 (NANDA International, 2007).

El próximo año 2008, se celebrará la conferencia **NANDA International “Capturing the Expert Knowledge of nursing”** en Miami (del 13 al 15 de noviembre. Florida), y en 2010 por primera vez se realizará la conferencia fuera de EE.UU. en Madrid (España).

Hoy podemos decir que el crecimiento de la terminología NANDA ha sido tal, que se ha traducido a nueve idiomas y se utiliza en más de 20 países de todo el mundo. En 2003 la NANDA celebró su 30 aniversario, y podemos afirmar sin riesgo a equivocarnos, que desde que la organización comenzase con las comunicaciones orales y escritas de profesionales de la Enfermería en La Taxonomía de la NANDA es un lenguaje enfermero reconocido que cumple los criterios establecidos por el Committee for Nursing Practice Information Infrastructure (CNPII) de la American Nurses Association (Coenen, McNeill, Bakken, Bickford & Warren, 2001).

1973 hasta la actualidad ha habido una evolución importante en el desarrollo del lenguaje enfermero, que en la actualidad es más formal, está codificado, y es verificado con la investigación, lo cual asegura que dicho lenguaje esté preparado para ser incluido en el registro informatizado del paciente, con todas las garantías.

Aunque los principales usuarios de las estructuras taxonómicas son: científicos, informáticos y directores de bases de datos, cada vez más, *les preocupa a las enfermeras los diagnósticos contenidos en la Taxonomía, y creemos que familiarizarse con el lenguaje diagnóstico ayudará a las enfermeras asistenciales que deseen hallar rápidamente la información, ya que en la actualidad el avance producido de Taxonomía I a Taxonomía II, aporta ventajas y un gran avance, además de cambios importantes en el modo de entender, elaborar y clasificar los diagnósticos, lo cual hemos acercado mediante esta historia a modo de breve explicación de cómo se llegó al diseño de la Taxonomía II, pues sin duda favorecerá la comprensión de su estructura, y clasificación, así como de los diagnósticos que incorpora.*

La utilidad de ser un lenguaje enfermero reconocido es que indica que el sistema de clasificación es aceptado como soporte para la práctica enfermera al proporcionar una terminología clínicamente útil.

La taxonomía está registrada con un Health Level 7 (HL7) y está incluida en el mapa de la Statistical

Nomenclature of Medicine (SNOMed). La taxonomía también está incluida en el NLM's Unified Medical Language System (UMLS).

Incluimos a continuación los **7 Ejes que incorpora la Taxonomía II.**

**Eje 1 *El concepto diagnóstico.*** Se define como el elemento principal o parte esencial y fundamental, la raíz de la formulación diagnóstica.

**Eje 2 *Unidad de cuidados.*** La unidad de cuidados se define como la población concreta para la que se formula un diagnóstico determinado.

**Eje 3 *Descriptor.*** Se define como el juicio que limita o especifica el significado de un diagnóstico enfermero.

**Eje 4 *Localización.*** Describe las partes o regiones corporales y/o sus funciones relacionadas con todos los tejidos, órganos, estructuras anatómicas.

**Eje 5 *Edad.*** Se refiere a la de la persona que es sujeto del diagnóstico como la duración del tiempo o intervalo durante el cual ha existido un individuo.

**Eje 6 *Tiempo.*** Describe la duración del concepto diagnóstico.

**Eje 7 *Estado del diagnóstico.*** Se refiere a la actualización potencial del problema o a la categorización del diagnóstico de salud/promoción de la salud.

### Eje 1 Concepto diagnóstico

Se define como el elemento principal o parte esencial y fundamental, la raíz de la formulación diagnóstica. Describe la "respuesta humana" que es el cuerpo del diagnóstico. El concepto diagnóstico puede constar de 1 o más palabras. Cuando se emplea más de una (p. ej.,

*intolerancia a la actividad*), cada una contribuye a dar al conjunto un significado único, como si ambas fueran un solo término; el significado es distinto del de ambas palabras por separado. En algunos casos se añade un adjetivo (p. ej., espiritual) al nombre (p. ej., sufrimiento) para formar el concepto diagnóstico de *sufrimiento espiritual*.

En otros casos, el concepto diagnóstico y el diagnóstico son idénticos. Sucede cuando el diagnóstico enfermero se formula al nivel más útil en la práctica clínica y el concepto diagnóstico no añade un nivel de abstracción significativo.

Los **conceptos diagnósticos de la Taxonomía II** son (158):

Abandono del hemicuerpo  
Actividades recreativas  
Adaptación  
Aflicción  
Aislamiento social  
Afrontamiento  
Alergia al látex  
Alimentación del lactante  
Amamantar  
Ansiedad  
Ansiedad ante la muerte

Balance hídrico

Caídas  
Caminata  
Campo de energía  
Capacidad de traslado  
Capacidad adaptativa intracraneal  
Comunicación  
Comunicación verbal  
Comportamiento infantil  
Comportamientos saludables

Deambulación  
Déficit de autocuidados  
Deglución  
Dentición  
Desatención unilateral  
Desarrollo  
Deprivación del sueño  
Desesperanza  
Desempeño del rol

Asfixia  
Aspiración  
Autoconcepto  
Autocuidado  
Autocuidado: Baño/higiene  
Autocuidado: vestirse /acicalarse  
Autocuidado: alimentación  
Autoestima  
Automutilación

Bienestar espiritual

Conductas generadoras de salud  
Conducta del lactante  
Contaminación  
Conflicto de decisiones  
Conflicto de rol  
Conflicto del rol parental  
Confort  
Confusión  
Conocimientos  
Crecimiento

Diarrea  
Dignidad humana  
Disreflexia  
Destete del ventilador  
Dolor  
Duelo  
Disfunción neurovascular periférica  
Disfunción sexual

Desde su nacimiento hasta nuestros días

Eliminación  
Eliminación urinaria  
Energía  
Envenenamiento

Esperanza  
Estado de inmunización  
Estreñimiento  
Estrés del traslado

Gasto cardíaco

Fatiga  
Función hepática

Función neurovascular  
Función sexual

Habilidad para la  
traslación  
Hipertermia

Hipotermia

Identidad  
Imagen corporal  
Impotencia  
Incapacidad para mantener  
el desarrollo  
Incontinencia de urgencia  
Incontinencia urinaria  
Incontinencia fecal  
Incontinencia funcional  
Incontinencia por estrés  
Incontinencia refleja  
Incontinencia total

Incumplimiento  
Incumplimiento del  
tratamiento  
Infección Integridad  
cutánea  
Interacción social  
Intercambio gaseoso  
Interpretación del  
entorno  
Intolerancia a la  
actividad  
Intoxicación

Lactancia materna  
Lesión  
Lesión en la zona  
intervenida

Limpieza de las vías  
aéreas

Manejo del régimen  
terapéutico  
Mantenimiento de la salud  
Mantenimiento del hogar  
Memoria  
Miedo

Movilidad  
Movilidad en la cama  
Movilidad en silla de  
ruedas  
Mucosa Oral

Nauseas  
Negación  
Niveles de glucosa

Nutrición  
Nutrición Parenteral

Paternidad  
Patrón de alimentación  
infantil  
Patrón respiratorio

Patrón sexual  
Patrón de sueño  
Percepción sensorial  
Perfusión tisular

Procesos de pensamiento  
Procesos familiares

Procesos familiares:  
alcoholismo  
Protección

Recuperación quirúrgica  
Religiosidad  
Respiración espontánea  
Respuesta de alergia al látex  
Respuesta postraumática

Respuesta ventilatoria al destete  
Retención  
Retención urinaria  
Riesgo de comportamientos para la salud  
Rol de cuidador  
Sobrecarga de estrés  
Soledad  
Sueño  
Sufrimiento espiritual  
Sufrimiento moral  
Suicidio

Sedentarismo  
Síndrome de desuso  
Síndrome de muerte súbita infantil  
Síndrome postraumático

Temor  
Temperatura corporal  
Termorregulación

Traslado  
Trauma

Síndrome de violación  
Ventilación espontánea  
Violación: reacción compuesta  
Violación: reacción silenciosa  
Traumatismo

Vagabundeo  
Vinculación  
Violencia  
Violencia autodirigida  
Volumen cardiaco  
Volumen de líquidos

## Eje 2 Unidad de cuidados

(individuo, familia, comunidad o grupo). La unidad de cuidados se define como la población concreta para la que se formula un diagnóstico determinado. Los valores del eje son:

*Individuo.* Ser humano singular, distinto de los demás, una persona.

*Familia.* Dos o más personas que mantienen relaciones continuas o sostenidas, perciben obligaciones recíprocas, otorgan significados comunes y

comparten ciertas obligaciones hacia otros; relacionadas por consanguinidad o elección.

*Grupo.* Individuos reunidos, clasificados o que actúan juntos.

*Comunidad.* Grupo de personas que viven en el mismo lugar bajo el mismo gobierno. Los ej., incluyen vecindarios, ciudades, censos y poblaciones de riesgo.

### Eje 3 Descriptor

(limita o especifica el significado del concepto diagnóstico). El descriptor o modificador se define como el juicio que

**Anticipado:** hecho de antemano, previsto.

**Aumentado:** mayor en tamaño, cantidad o grado.

**Bajo:** contiene una cantidad inferior a la normal de algún elemento habitual.

**Comprometido:** vulnerable a una amenaza.

**Defensivo:** Usado o deseado para defender o proteger.

**Deficiente:** inadecuado en cantidad, calidad o grado; insuficiente; incompleto.

**Desequilibrado:** desestabilizado, descompensado.

**Desorganizado:** que destruye la disposición sistemática.

**Desproporcionado:** Demasiado grande o pequeño en comparación con la normalidad.

**Deteriorado:** empeorado, debilitado, lesionado, reducido.

**Disfuncional:** de funcionamiento anormal, incompleto.

limita o especifica el significado de un diagnóstico enfermero. Los **valores del eje 3** son (23): (NANDA, 2007, pág. 259-260).

**Disminuido:** reducido; menor en número, cantidad o grado.

**Disposición para:** Estado adecuado para una actividad o situación.

**Efectivo:** que produce el efecto pretendido o deseado.

**Excesivo:** caracterizado por un número o cantidad mayor que lo necesario, deseable o útil.

**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 significado.

**Retrasado:** pospuesto, impedido, retardado.

**Situacional:** Relacionado con una(s) circunstancia(s) particular(es).

**Trastornado:** agitado o interrumpido, que interfiere.

Desde su nacimiento hasta nuestros días

#### Eje 4 Localización.

La localización describe las partes o regiones corporales y/o sus funciones relacionadas con

Auditivo  
Cardiopulmonar  
Cerebral  
Cutáneo  
Gastrointestinal  
Gustativo  
Intracraneal  
Táctil  
Urinario  
Vascular periférico  
Visual

todos los tejidos, órganos, estructuras anatómicas. Los valores del eje 4 son (17):

Cinestésico  
Membranas mucosas  
Neurovascular periférico  
Olfatorio  
Oral  
Renal

#### Eje 5 Edad.

La edad se refiere a la de la persona que es sujeto del diagnóstico como la duración del tiempo o intervalo durante el cual ha existido un individuo. Los

valores 9 del eje son: Feto Neonato, Lactante, Niño pequeño, Preescolar, Escolar, Adolescente, Adulto joven, Adulto anciano.

#### Eje 6 Tiempo.

El tiempo describe la duración del concepto diagnóstico. Los valores 3 de este eje son:

Agudo: menos de 6 meses.

Crónico: más de 6 meses.

Intermitente: cesa y empieza de nuevo a intervalos, periódico, cíclico.

Continuo: ininterrumpido, sin parar.

Bienestar. Calidad o estado de estar sano, especialmente como resultado de un esfuerzo deliberado.

Promoción de la salud. Conducta motivada por el deseo o incremento del estado de bienestar y la actualización de los potenciales humanos de salud.

Real. Existe de hecho o en la realidad, existente en el momento.

#### Eje 7 Estado del diagnóstico.

El estado del diagnóstico se refiere a la actualización potencial del problema o a la categorización del diagnóstico de salud/promoción de la salud. Los 4 valores del eje 7 son:

Riesgo. Vulnerabilidad, especialmente como resultado de la exposición a factores que incrementan la posibilidad de lesión o pérdida.

Consideramos que el uso Taxonomía diagnóstica y en particular la taxonomía II de la NANDA aporta grandes beneficios a los enfermeros, entre los que cabe destacar: **Promover la investigación y en consecuencia el desarrollo teórico, además de ser una pieza clave para ampliar la ciencia enfermera, como sistema de registro de información mediante criterios propios de la profesión enfermera, estimulando la investigación, el estudio y los resultados obtenidos en otros estudios, proponiendo en consecuencia nuevas áreas de investigación, de adecuación de cuidados y de formación. Al dejar patentes los diagnósticos empleados en las situaciones específicas como criterio de**

### **adecuación profesional a dicho puesto enfermero.**

Al encontrarse codificados diagnósticos enfermeros nos permiten avanzar en la documentación informatizada, ayudándonos a identificar y cuantificar la contribución enfermera a los cuidados del paciente/usuario. Fruto de los cambios y avances, la reciente edición de los diagnósticos de enfermería de la NANDA, incluye información para el uso y aplicación de los diagnósticos enfermeros en la educación, informática, investigación y administración de enfermería, siendo los diagnósticos aceptados hasta la actualidad los 188 que incluimos a continuación.

## **Cód. CONCEPTOS DIAGNÓSTICOS.Taxonomía NANDA II. 2007**

00001	Desequilibrio nutricional: por exceso
00002	Desequilibrio nutricional: por defecto
00003	Riesgo de desequilibrio nutricional: por exceso
00004	Riesgo de infección
00005	Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal (Genérico)
00006	Hipotermia
00007	Hipertermia
00008	Termorregulación ineficaz
00009	Disreflexia autónoma
00010	Riesgo de disreflexia autónoma
00011	Estreñimiento
00012	Estreñimiento subjetivo
00013	Diarrea
00014	Incontinencia fecal
00015	Riesgo de estreñimiento
00016	Deterioro de la eliminación urinaria (Genérico)
00017	Incontinencia urinaria de esfuerzo
00018	Incontinencia urinaria refleja
00019	Incontinencia urinaria de urgencia
00020	Incontinencia urinaria funcional
00021	Incontinencia urinaria total
00022	Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia
00023	Retención urinaria
00024	Alteración de la perfusión tisular (especificar: renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal, periférica)
00025	Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos



00026 Exceso de volumen de líquidos  
00027 Déficit de volumen de líquidos  
00028 Riesgo de déficit de volumen de líquidos  
00029 Disminución del gasto cardíaco  
00030 Deterioro del intercambio gaseoso  
00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas  
00032 Patrón respiratorio ineficaz  
00033 Deterioro de la respiración espontánea  
00034 Respuesta disfuncional al destete del ventilador  
00035 Riesgo de lesión (Genérico)  
00036 Riesgo de asfixia  
00037 Riesgo de intoxicación  
00038 Riesgo de traumatismo  
00039 Riesgo de aspiración  
00040 Riesgo de síndrome de desuso  
00041 Respuesta alérgica al látex  
00042 Riesgo de respuesta alérgica al látex  
00043 Protección inefectiva  
00044 Deterioro de la integridad tisular  
00045 Deterioro de la mucosa oral  
00046 Deterioro de la integridad cutánea  
00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea  
00048 Deterioro de la dentición  
00049 Capacidad adaptativa intracraneal disminuida  
00050 Perturbación del campo de energía  
00051 Deterioro de la comunicación verbal  
00052 Deterioro de la interacción social  
00053 Aislamiento social  
00054 Riesgo de soledad  
00055 Desempeño inefectivo del rol  
00056 Deterioro parenteral  
00057 Riesgo de deterioro parenteral  
00058 Riesgo de deterioro de la vinculación entre padres y el lactante  
00059 Disfunción sexual  
00060 Interrupción de los procesos familiares  
00061 Cansancio en el desempeño del rol de cuidador  
00062 Riesgo de cansancio en el desempeño del rol de cuidador  
00063 Procesos familiares disfuncionales: alcoholismo  
00064 Conflicto del rol parental  
00065 Patrón sexual inefectivo  
00066 Sufrimiento espiritual  
00067 Riesgo de sufrimiento espiritual  
00068 Disposición para mejorar el bienestar espiritual  
00069 Afrontamiento inefectivo  
00070 Deterioro de la adaptación  
00071 Afrontamiento defensivo  
00072 Negación ineficaz  
00073 Afrontamiento familiar incapacitante  
00074 Afrontamiento familiar comprometido  
00075 Disposición para mejorar el afrontamiento familiar  
00076 Disposición para mejorar el afrontamiento de la comunidad  
00077 Afrontamiento inefectivo de la comunidad  
00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico  
00079 Incumplimiento del tratamiento (especificar)  
00080 Manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar  
00081 Manejo inefectivo del régimen terapéutico de la comunidad

00082 Manejo efectivo del régimen terapéutico  
00083 Conflicto de decisiones (especificar)  
00084 Conductas generadoras de salud (especificar)  
00085 Deterioro de la movilidad física  
00086 Riesgo de disfunción neurovascular periférica  
00087 Riesgo de lesión perioperatoria  
00088 Deterioro de la deambulaci3n  
00089 Deterioro de la movilidad física en silla de ruedas  
00090 Deterioro de la habilidad para la traslaci3n  
00091 Deterioro de la movilidad en la cama  
00092 Intolerancia a la actividad  
00093 Fatiga  
00094 Riesgo de intolerancia a la actividad  
00095 Insomnio  
00096 Deprivaci3n de sueño  
00097 Déficit de actividades recreativas  
00098 Deterioro en el mantenimiento del hogar  
00099 Alteraci3n en el mantenimiento de la salud  
00100 Retraso en la recuperaci3n quirúrgica  
00101 Incapacidad del adulto para mantener su desarrollo  
00102 Déficit de autocuidados: alimentaci3n  
00103 Deterioro de la degluci3n  
00104 Lactancia materna ineficaz  
00105 Interrupci3n de la lactancia materna  
00106 Lactancia materna eficaz  
00107 Patr3n de alimentaci3n ineficaz del lactante  
00108 Déficit de autocuidado: baño/higiene  
00109 Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento  
00110 Déficit de autocuidado: uso del WC  
00111 Retraso en el crecimiento y desarrollo  
00112 Riesgo de retraso en el desarrollo  
00113 Riesgo de crecimiento desproporcionado  
00114 Síndrome de estrés del traslado  
00115 Riesgo de conducta desorganizada del lactante  
00116 Conducta desorganizada del lactante  
00117 Disposici3n para mejorar la organizaci3n de la conducta del lactante  
00118 Trastorno de la imagen corporal  
00119 Baja autoestima cr3nica  
00120 Baja autoestima situacional  
00121 Trastorno de la identidad personal  
00122 Trastorno de la percepci3n sensorial (especificar: visual, auditiva, cinestésica, gustativa, táctil, olfatoria)  
00123 Desatenci3n unilateral  
00124 Desesperanza  
00125 Impotencia  
00126 Conocimientos deficientes (especificar)  
00127 Síndrome de deterioro en la interpretaci3n del entorno  
00128 Confusi3n aguda  
00129 Confusi3n cr3nica  
00130 Trastorno de los procesos de pensamiento  
00131 Deterioro de la memoria  
00132 Dolor agudo  
00133 Dolor cr3nico  
00134 Náusea  
00135 Duelo complicado

00136 Duelo  
00137 Aflicción crónica  
00138 Riesgo de violencia dirigida a otros  
00139 Riesgo de automutilación  
00140 Riesgo de violencia autodirigida  
00141 Síndrome postraumático  
00142 Síndrome traumático de la violación  
00143 Síndrome traumático de la violación: reacción compuesta  
00144 Síndrome traumático de la violación: reacción silente  
00145 Riesgo de síndrome postraumático  
00146 Ansiedad  
00147 Ansiedad ante la muerte  
00148 Temor  
00149 Riesgo de síndrome de estrés del traslado  
00150 Riesgo de suicidio  
00151 Automutilación  
00152 Riesgo de impotencia  
00153 Riesgo de baja autoestima situacional  
00154 Vagabundeo  
00155 Riesgo de caídas  
00156 Riesgo del síndrome de muerte súbita del lactante  
00157 Disposición para mejorar la comunicación  
00158 Disposición para mejorar el afrontamiento  
00159 Disposición para mejorar los procesos familiares  
00160 Disposición para mejorar el equilibrio del volumen de líquidos  
00161 Disposición para mejorar los conocimientos (especificar)  
00162 Disposición para mejorar el manejo del régimen terapéutico  
00163 Disposición para mejorar la nutrición  
00164 Disposición para mejorar el rol parenteral  
00165 Disposición para mejorar el sueño  
00166 Disposición para mejorar la eliminación urinaria  
00167 Disposición para mejorar el autoconcepto  
00168 Sedentarismo  
00169 Deterioro de la religiosidad  
00170 Riesgo de deterioro de la religiosidad  
00171 Disposición para mejorar la religiosidad  
00172 Riesgo de duelo complicado  
00173 Riesgo de confusión aguda  
00174 Riesgo de dignidad humana comprometida  
00175 Sufrimiento moral  
00176 Incontinencia urinaria por rebosamiento  
00177 Sobrecarga de estrés  
00178 Riesgo de deterioro de la función hepática  
00179 Riesgo de inestabilidad de los niveles de glucosa en sangre  
00180 Riesgo de contaminación  
00181 Contaminación  
00182 Disposición para mejorar los autocuidados  
00183 Disposición para mejorar el confort  
00184 Disposición para mejorar la toma de decisiones  
00185 Disposición para mejorar la esperanza  
00186 Disposición para mejorar el estado de inmunización  
00187 Disposición para mejorar la energía  
00188 Riesgo de comportamientos de salud

## bibliografía

- American Nurses Association. ANA (1973). *Standards of Nursing practice*. Kansas.
- American Nurses Association. ANA (1980). *Nursing: A social policy statement*. Kansas.
- American Nurses Association. ANA. (1995). *Nursing's social policy statement*, Washington, DC.
- Bulechek, G. M.; McCloskey, J. C. (Eds.) (1999) *Nursing interventions: Effective nursing treatments* (3ª Ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Craft-Rosenberg, M., & Delaney, C. (1997). *Nursing diagnosis extension and classification* (NDEC). In M. Rantz & P. Lemone (Eds.), *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the Twelfth Conference* (pp. 26-31). Glendale, CA: CINAHL.
- Fehring, R. J. (1986). *Validating diagnostic labels: Standardized methodology*. In M. E. Hurley (Ed.), *Classification of nursing diagnosis Proceedings of the Sixth Conference* (pp. 183-190). St. Louis: Mosby.
- Fitzpatrick, J. J. (1998). *The translation of NANDA taxonomy I into ICD code*. *Nursing Diagnosis*, 9(2), 34-36.
- Fitzpatrick, J. J. (1989). *The translating Nursing Diagnosis into ICD code*. *Am. J. Nurs.*, 493-495.
- Gordon, M. (1996) *Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación*. Mosby / Doyma Libros. Madrid. 3ª edición.
- Gordon, M. (2003) *Manual de Diagnósticos enfermeros*. Elsevier. Madrid. 10ª edición.
- Horn, J., & Swain, M. A. (1978). *Criterion measures of nursing care* (DHEW Pub. No. PHS 78-3187). Hyattsville, MD: National Center for Health Services Research.
- Hoskins, L. (1997). *How to do a validation study*. In M. Rantz & P. Lemone (Eds.), *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the Twelfth Conference* (pp. 78-86). Glendale, CA: CINAHL.
- Iowa Interventions Project (1998). *NIC interventions linked to NOC outcomes*. Iowa City, IA: Center for Nursing Classification.
- Johnson, M., & Maas, M. (Eds.). (1997). *Nursing Outcomes classification* (NOC), St. Louis: Mosby.
- Johnson, M., Maas, M., & Moorhead, S. (Eds.). (2000). *Nursing outcomes classification* (NOC) (2nd ed.). St. Louis: Mosby.
- Johnson, M.; Bulechek, G.; Butcher, H.; McCloskey, J.; Maas, M.; Moorhead, S.; Swanson, E. (2007) *Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones*. Elsevier Mosby. 2ª Edición. Madrid.
- Johnson, M.; Bulechek, G.; McCloskey, J.; Maas, M.; Moorhead, S. (2002) *Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones*. Harcourt. Madrid.
- Johnson, M.; Maas, M.; Moorhead, S. (Eds.) (2002) *Clasificación de resultados de enfermería (CRE)*. Harcourt. Madrid. 2ª Edición.
- Jones, D. L. (1997). *Building the information infrastructure required for managed care*. *Image: Journal of nursing Scholarship*, 29(4), 377-382.
- Keenan, G., & Aquilino, M. L. (1998). *Standardized nomenclaturas: Keys to continuity of care, nursing accountability and nursing effectiveness*. *Outcomes Management for Nursing Practice*, 2(2), 81-85.
- Luis, M. T. (2006) *Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica*. Elsevier. Barcelona. 7ª Edición.
- McCloskey, J.; Bulechek, G. M. (Eds.) (2006) *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. Elsevier Mosby. Madrid. 4ª Edición.
- Moorhead, S; Johnson, M; Maas, M. (Eds.) (2005) *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)*. Elsevier Mosby. Madrid. 3ª Edición.
- NANDA International (2005) *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2005-2006*. Elsevier. Madrid.
- NANDA International (2007) *NANDA-I. Nursing diagnosis: Definitions & Classification 2007-2008*. Philadelphia.