

Información científica

European Nursing care Pathways – 2.10



Dr. Pia Wieteck

Sebastian Kraus (MSc)

Dr. Holger Mosebach

Simon Berger (MScN)

Mayo 2017

Índice

Introducción.....	2
1. La estructura de ENP	2
1.1 La clasificación enfermera ENP – parte A	3
1.2 Precombinaciones de conceptos de la clasificación enfermera ENP – parte B	12
1.2.1 Diagnósticos enfermeros ENP precombinados.....	12
1.2.2 Intervenciones enfermeras ENP precombinadas	15
1.3 Las directrices prácticas en ENP – parte C.....	16
1.4 El desarrollo y perfeccionamiento de ENP.....	17
1.4.1 Retrospectiva.....	17
1.4.2 El desarrollo actual.....	22
1.4.3 Opciones para validar directrices prácticas ENP	26
1.5 Utilización de ENP	32
1.6 Los enlaces de ENP con otros instrumentos	32
1.7 La difusión de ENP.....	34
2. Modificaciones entre las versiones	35
2.1 Versiones ENP 2.0 (Wieteck, 2004b) hasta 2.4.....	35
2.2 Versión ENP 2.4 a 2.5 (2008/2009)	36
2.3 Versión ENP 2.5 a 2.6 (2009 hasta mayo 2011).....	38
2.4 Versión ENP 2.6 a 2.7 (mayo 2011 hasta agosto 2012)	41
2.5 Versiones ENP 2.7 hasta 2.9 (agosto 2012 hasta agosto 2014)	44
2.6 Versión ENP 2.9 a 2.10 (septiembre 2014 hasta mayo 2017).....	54
2.7 Perspectiva: ENP versión 3.0 (prevista para finales de 2018/principios de 2019).....	57
3. Nivel de evidencia de los diagnósticos y directrices prácticas ENP.....	58
4. Definiciones de las nociones de clases ENP.....	60
4.1 Definición de los diagnósticos enfermeros ENP.....	60
4.2 Definición: Características ENP.....	63
4.3 Definición: Etiologías ENP.....	64
4.4 Definición: Recursos.....	65
4.5 Definición: Objetivos enfermeros ENP	66
4.6 Definición: Intervenciones enfermeras ENP	69
4.7 Valores temporales normativos en ENP.....	70
5. Calidad de las directrices prácticas ENP	72
6. Observaciones críticas.....	73
Bibliografía	75

Información científica

Introducción

La clasificación enfermera ENP (European Nursing care Pathways) fue desarrollada para permitir la representación del proceso enfermero en un lenguaje unitario y estandarizado en el marco de una documentación enfermera. Con ello, ENP apoya como instrumento los objetivos centrales de un lenguaje enfermero estandarizado: la mejora de la comunicación de los profesionales en la sanidad, el apoyo a los procesos (p. ej. la transición de una institución a otra) y la transparencia de las prestaciones de cuidados. Presentando el conocimiento científico actual, la estructura de ENP ayuda a los cuidadores durante la toma de decisiones en el proceso enfermero. Además, el uso de formulaciones estandarizadas en la documentación del proceso enfermero genera datos que sirven para la formación/comprobación de hipótesis en la investigación enfermera y en los procesos de control en la gestión enfermera, así como en la gestión del riesgo. ENP está disponible en versión impresa, como base de datos o integrado en productos de software. La disponibilidad de la terminología en varios idiomas (alemán, inglés, francés, italiano y español) en forma de base de datos permite utilizar ENP incluso en equipos multilingües.

ENP comprende tres partes:

- A) ENP... como sistema de clasificación enfermera con un total de siete grupos conceptuales (cf. capítulo 1.1)
- B) ENP... como precombinación de los elementos de ese sistema clasificatorio (cf. capítulo 1.2)
- C) ENP... como directrices prácticas desarrolladas a base de la precombinación y clasificación enfermera (cf. capítulo 1.3), ofreciendo un soporte profesional a los cuidadores en la práctica para representar el proceso enfermero con ayuda de formulaciones estándar, como p. ej. diagnósticos enfermeros, características, etiologías, recursos, objetivos e intervenciones enfermeras.

Favor de citar ese texto de la siguiente manera:

Wieteck, Kraus, Mosebach & Berger (2017). Traducción: Christine Rabl. Información científica ENP (European Nursing care Pathways), versión 2.10. RECOM GmbH. Disponible en línea en: <https://www.recom.eu/klassifikationen/enp-entwicklung/einleitung.html>

1. La estructura de ENP

A continuación, se describen las tres partes de ENP y se ilustra su estructura en gráficos. La **parte A** del gráfico muestra el **sistema de clasificación enfermera ENP**. La **parte B** explica el modo en que se forman las **precombinaciones** a base de los elementos del sistema clasificatorio que dan como resultado p. ej. los diagnósticos enfermeros y conceptos de intervención. La **parte C** ilustra la transformación de un diagnóstico enfermero en una directriz práctica enfermera mediante vinculación con características, etiologías, recursos, objetivos enfermeros y conceptos de intervención enfermera. Actualmente (**versión 2.10**) hay **557** directrices prácticas relacionadas con diagnósticos enfermeros. El siguiente texto explica la concepción de ENP como clasificación enfermera y directriz práctica. El gráfico general (figura 1) ilustra la relación entre las tres partes.

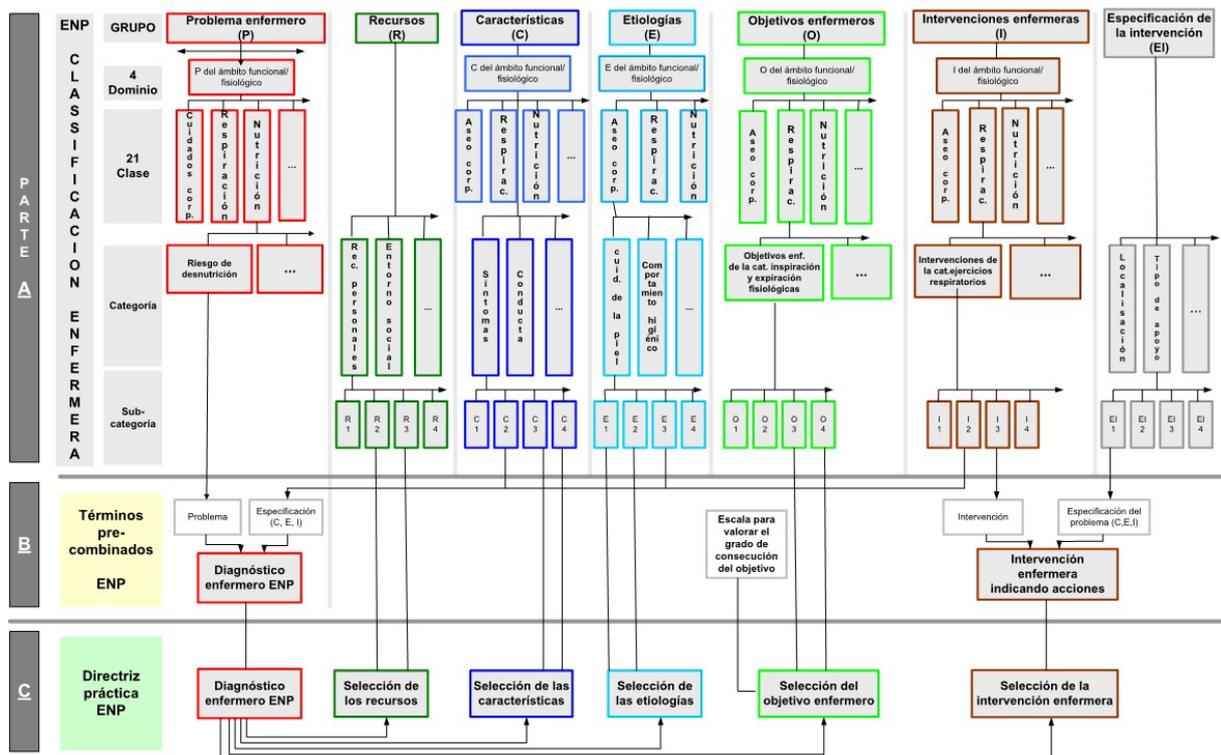


Figura 1: Estructura jerárquica del sistema de clasificación ENP con sus partes A, B y C

1.1 La clasificación enfermera ENP – parte A

Para facilitar la comprensión, realizaremos en este punto un breve repaso a los principios teóricos del ordenamiento. Generalmente hablando, una clasificación es un sistema de orden que se basa en el principio de la formación de clases. Una clasificación es un listado de conceptos que por lo general presenta una estructura jerárquica. El concepto de mayor importancia, superior en la clasificación, se denomina normalmente concepto general y representa el concepto global. En ENP el concepto general es «**Conceptos/términos enfermeros para la representación del proceso enfermero**». La cadena de términos, representada por líneas de conexión, establece relaciones entre los conceptos superiores e inferiores. Dentro de cada clase, el sistema clasificatorio también está estructurado de forma jerárquica. Abarca los elementos: grupo → dominio → clase → categoría → subcategoría.

El **grupo de los problemas enfermeros**, para tomar un ejemplo, se subdivide en **cuatro dominios** (problemas enfermeros en el ámbito funcional/fisiológico, problemas enfermeros en el ámbito emocional/psicosocial, problemas enfermeros con riesgos pluridimensionales y problemas enfermeros relativos al entorno). El dominio de los problemas enfermeros en el ámbito funcional/fisiológico, por su parte, está dividido en **11 clases** que comprenden **68 categorías**. La tabla siguiente representa los dominios, las clases y las categorías de los problemas enfermeros ENP. La división temática de los dominios y clases es idéntica en los tres grupos diagnósticos, objetivos e intervenciones enfermeras.

Dominio	Clase	Categoría
<p>Ámbito funcional/fisiológico</p> <p><i>El dominio abarca todas las directrices prácticas ENP relativas a restricciones y/o la pérdida de las competencias de autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas y/o a riesgos para la salud debido a alteraciones de las funciones y estructuras corporales.</i></p>	<p>Aseo personal/vestirse Capacidad de cuidar y lavar su cuerpo y de escoger ropa adecuada y vestirse.</p>	<p>Déficit de autocuidado Lavado del cuerpo¹</p> <p>Déficit de autocuidado Cuidado de la boca</p> <p>Déficit de autocuidado Cuidado de las uñas, las orejas, los ojos y la nariz</p> <p>Déficit de autocuidado Cuidado del pelo</p> <p>Déficit de autocuidado Vestirse</p>
	<p>Respiración Comprende las funciones respiratorias de la ventilación (inspiración y espiración, función de la musculatura respiratoria), del intercambio gaseoso entre el aire y la sangre, así como las funciones de autolimpieza de las vías respiratorias.</p>	<p>Alteración de la función de autolimpieza de las vías respiratorias</p> <p>Respiración insuficiente</p> <p>Riesgo de insuficiencia respiratoria</p> <p>Riesgo de asfixia</p> <p>Riesgo de aspiración</p> <p>Riesgo de la formación de atelectasia/neumonía</p> <p>Riesgo de alteración de la respiración postoperatoria</p>
	<p>Alimentación Comprende las actividades, capacidades, condiciones y funciones de los seres humanos para alimentarse con fines de crecimiento, conservación y regeneración del tejido y producción de energía.</p>	<p>Alteración de la ingestión de comida</p> <p>Alteración de la deglución</p> <p>Desnutrición</p> <p>Riesgo de desnutrición</p> <p>Alteración del comportamiento alimentario</p> <p>Déficit hídrico/alteración del equilibrio electrolítico</p> <p>Riesgo de alteración del equilibrio hídrico y electrolítico</p> <p>Riesgo de alteración de la lactancia</p> <p>Alteración de la lactancia</p> <p>Riesgo de complicaciones debido a la alimentación</p>

¹ El déficit de autocuidado Lavado del cuerpo se define como sigue: Disminución o ausencia de la capacidad de lavar el cuerpo entero o partes del cuerpo en el lavabo u otro puesto de lavado (ICF [d510] washing oneself, ICNP [10020935] washing). Cada categoría lleva una definición y forma parte de los diagnósticos enfermeros ENP respectivos.

	<p>Excreción Comprende las actividades, capacidades y funciones relacionadas con la eliminación de orina (filtración, recolección y eliminación de la orina) y de heces (eliminación de fibras y alimentos no digeridos del intestino, comprendida la función de la prensa abdominal).</p>	Déficit de autocuidado Micción/defecación
		Alteración de la eliminación urinaria
		Incontinencia urinaria
		Alteración de la eliminación fecal
		Déficit de autocuidado Cuidado del estoma
		Riesgo de complicaciones estomales
		Alteración del cuidado del estoma
		Riesgo de íleo paralítico
		Riesgo de retención urinaria/insuficiencia renal
		Riesgo de infección de los órganos de excreción
	<p>Sistema cardiovascular Comprende las actividades y funciones asegurando el riego sanguíneo del cuerpo con volumen y presión adecuados y necesarios. Estas incluyen la función de bomba del corazón, las funciones vasculares para el transporte de la sangre a través del cuerpo, así como las funciones de mantenimiento de la presión arterial.</p>	Alteración de la función cardiovascular
		Riesgo de alteración de la función cardiovascular
		Riesgo de trombosis
		Riesgo de embolia pulmonar
		Riesgo de hemorragia
		Riesgo de reacción alérgica/de choque anafiláctico
	<p>Movimiento/movilidad Comprende todas las actividades y capacidades de movimiento permitiendo el cambio de la posición del cuerpo o el traslado de un lugar a otro, también forman parte de esa clase distintas formas de locomoción como andar, correr etc.</p>	Alteración del movimiento
		Alteración de la marcha
		Alteración del transcurso/patrón de movimiento
		Riesgo de caída
		Riesgo de contractura
		Riesgo de espasticidad
		Riesgo de parálisis
		Riesgo de alteración de la movilidad
	<p>Relajar/dormir/descansar Comprende todas las actividades y funciones mentales manifestándose en una</p>	Riesgo de déficit de sueño
		Alteración del sueño

	desvinculación periódica, reversible y selectiva, tanto física como mental, del entorno inmediato, dejando el cuerpo en un estado de reposo y disminuyendo las funciones corporales.	Alteración de la relajación
Integridad del tejido Comprende todas las actividades, conductas y funciones susceptibles de influir en la integridad del cuerpo y/o de los órganos.		Riesgo de puntos de presión
		Riesgo de daño cutáneo
		Riesgo de daño mucoso/cutáneo
		Alteración de la mucosa bucal
		Riesgo de daño corneal
		Riesgo de alteración de la cicatrización
		Alteración de la cicatrización
		Riesgo de dislocación/luxación
		Riesgo de lesión
		Riesgo de hinchazón/formación de edema
		Riesgo de daño al tejido
		Riesgo de infección/propagación de gérmenes
Metabolismo Comprende todas las funciones de regulación de los componentes nutricionales necesarios como los hidratos de carbono, proteínas y grasas, su transformación en energía y los demás procesos de transformación química en el organismo. Estas incluyen p. ej. el metabolismo glucémico y las funciones del equilibrio hormonal de la hipófisis, de la glándula tiroides, de la glándula suprarrenal etc.		Riesgo de hipo/hiperglucemia
		Riesgo de desequilibrio metabólico
		Desequilibrio metabólico
Reproducción Comprende todas las funciones y actividades relacionadas con la fertilidad, el embarazo, el parto y la lactancia.		Riesgo de alteración de la salud para madre y niño
		Riesgo de embarazo no deseado
		Alteración de la vida sexual
		Riesgo de hiper/hipotermia

	<p>Temperatura corporal Comprende todas las funciones y actividades relacionadas con la regulación de la temperatura corporal.</p>	
<p>Ámbito emocional/psicosocial <i>Ese dominio abarca todas las directrices prácticas ENP relacionadas con alteraciones del desarrollo personal, de la participación y/o la salud emocional y social debido a restricciones (p. ej. físicas, debidas al entorno), conductas u otras condiciones.</i></p>	<p>Sensaciones Comprende todos los procesos neurofisiológicos y neuropsicológicos provocados por estímulos como fase previa a la percepción. Las sensaciones pueden referirse a dolores o sentimientos psíquicos como aburrimiento, cansancio etc.</p>	Dolores
		Ansiedad
		Alteración de la sensación
		Alteración del bienestar
		Sentimiento de aburrimiento
		Sufrimiento personal
		Cansancio
		Riesgo de cansancio
	Sensación de pudor	
	<p>Percepciones Comprende todos los procesos y funciones relacionadas con las funciones mentales específicas del reconocimiento y de la interpretación de estímulos sensoriales (auditivos, visuales, gustativos, olfativos, táctiles).</p>	Alteración de la orientación
		Alteración del esquema/de la imagen corporal
		Alteración del concepto/de la imagen de sí mismo
		Riesgo de trastorno de la consciencia
		Alteración de la percepción
		Alteración de la conciencia
	<p>Interacción Comprende todas las actuaciones recíprocas, mutuas de dos o más personas, por lo general mediante todo tipo de comunicación.</p>	Riesgo de comunicación inadecuada/ineficaz
		Alteración de la comunicación
		Riesgo de alteración de la interacción
		Alteración de la interacción
		Alteración de la relación
Riesgo de necesidades insatisfechas		
<p>Actuación/comportamiento Comprende todas las actividades y reacciones físicas del ser humano que se pueden observar y/o medir.</p>	Alteración de la adaptación	
	Alteración del comportamiento	

	<p>La totalidad de las actuaciones observables son conductas representando manifestaciones observables de una persona hacia su entorno.</p>	Alteración de la estrategia de resolución de problemas/superación
		Comportamiento de riesgo para la salud
		Riesgo de auto/heteropuesta en peligro
		Comportamiento poniendo en peligro a sí mismo/otro
		Conducta autolesiva
		Riesgo de terapia ineficaz
		Riesgo de no lograr los objetivos relativos a la salud
		Riesgo de suicidio
		Riesgo de fuga
	<p>Actividad/organización de la vida cotidiana/participación Comprende todas las actuaciones/actividades relacionadas con la implicación de una persona en una situación de vida que enfocan la realización de los deberes de un día estructurado, p. ej. recreación, quehaceres de la casa etc., y/o a la integración/participación social y las perspectivas asociadas.</p>	Riesgo de déficit de autocuidado
		Alteración del autocuidado
		Alteración de la organización del día/de la vida
		Alteración de la realización de actividades
		Alteración de la organización del tiempo libre
		Déficit de autocuidado Economía doméstica
		Déficit de cuidados de dependencia
		Riesgo de déficit de cuidados de dependencia
	<p>Desarrollo personal Comprende todas las actividades, condiciones y funciones para hacerse una imagen realista del mundo y de sí mismo para ser capaz de actuar y decidir en su propio interés.</p>	Alteración de la capacidad cognitiva
		Alteración de la capacidad de decisión
		Alteración del desarrollo
		Riesgo de alteración del desarrollo
		Alteración de la perspectiva para el futuro
		Alteración de las costumbres
		Alteración de la calidad de vida
		Alteración de la fase de muerte
		Alteración de la autoestima

	<p>Conocimiento Comprende todas las capacidades y actividades para obtener y utilizar información y conocimiento y aplicarlo para promover, conservar y restablecer la salud.</p>	<p>Falta de información/capacidades</p> <p>Alteración del tratamiento de información</p>
	<p>Sociedad Comprende las actividades, actuaciones e ideas relacionadas con normas sociales como religión, roles, fe o sistemas de valores que influyen sobre las propias posibilidades de elección y decisiones.</p>	<p>Riesgo de exclusión social</p> <p>Riesgo de aislamiento social</p> <p>Riesgo de ruina financiera/social</p> <p>Riesgo de exclusión profesional</p> <p>Conflicto de normas</p> <p>Conflicto de roles</p> <p>Alteración del ejercicio de la religión/fe</p> <p>Déficit de autocuidado</p>
<p>Riesgos pluridimensionales <i>Ese dominio abarca todas las directrices prácticas ENP que, debido a terapias/tratamientos, alteraciones (p. ej. físicas, debidas al entorno) y/u otras condiciones, llevan a riesgos tocando tanto el ámbito funcional/psicológico como el ámbito emocional/psicosocial y por tanto no se pueden encasillar claramente en una clase determinada.</i></p>	<p>Riesgos para la salud no especificados Comprende todas las actividades, tratamientos, terapias y alteraciones (físicas) relacionadas con un potencial de peligro para la propia salud.</p>	<p>Riesgo de muerte súbita del lactante</p> <p>Riesgo de complicaciones: tratamiento/terapia</p> <p>Riesgo de complicaciones: enfermedad primaria/lesión</p> <p>Riesgo de complicaciones: postoperatorio</p> <p>Riesgo de complicaciones: alteraciones patológicas</p> <p>Riesgo de complicaciones: alteración de la percepción</p> <p>Riesgo de complicaciones: deshidratación</p> <p>Riesgo de complicaciones: regulación térmica</p> <p>Riesgos para la salud</p>
<p>Problemas enfermeros relativos al entorno <i>El dominio abarca todas las directrices prácticas de ENP no relacionadas con el destinatario de los cuidados pero con riesgos para su entorno societal y/o social.</i></p>	<p>Riesgo de perjuicio a la salud para el entorno Comprende todas las alteraciones físicas que representan un potencial de peligro de la persona afectada para su entorno.</p>	<p>Riesgo de contagio</p>
N = 4	N = 21	N = 137

Tabla 1: Grupo de los problemas enfermeros divididos en sus dominios, clases y categorías

En el año 2006 (versión 2.3) se dividieron las nociones/los conceptos precombinados de los diagnósticos enfermeros ENP en sus componentes **problema enfermero** y **especificación**, creándose una **estructura monojerárquica** mediante la formación de clusters. Esa reestructuración permite la evaluación de los datos a diferentes niveles de agregación. La formación de clusters de los problemas enfermeros se realizó en varias fases de trabajo mediante análisis de los conceptos enfermeros inherentes. Los procesos de jerarquización fueron guiados conceptualmente y siguieron reglas predeterminadas a base de trabajos fundamentales definitorios acerca de los dominios, clases etc.

En los años 2007-2008 se produjo la descomposición y la formación de clusters de los objetivos enfermeros y de las intervenciones ENP. Se trata otra vez de estructuras monojerárquicas. En el nivel de los dominios y las clases, los objetivos y las intervenciones enfermeras están ordenadas tanto de forma jerárquica como temática con la misma estructura que los problemas enfermeros. En el nivel de las categorías se encuentran objetivos enfermeros y conceptos de intervención enfermera, formulados de manera abstracta. La estructura de los dominios y clases está armonizada en términos de contenido en los tres grupos *diagnósticos*, *objetivos* e *intervenciones enfermeras*. Un ejemplo: categoría de problemas enfermeros «déficit de autocuidado Lavado del cuerpo», la categoría correspondiente del objetivo enfermero es «capacidad de autocuidado existente Lavado del cuerpo» y en el nivel de las intervenciones enfermeras la categoría es «intervenciones en el marco del lavado del cuerpo». Las características y etiologías tienen su propia estructura jerárquica. Los términos/conceptos en ENP tienen un orden **monojerárquico**. Los trabajos de jerarquización de ENP empezaron en el 2006 (versión 2.3) con los problemas enfermeros. Desde entonces se habla de una clasificación enfermera ENP. Un ejemplo de la versión actual ENP 2.10:

Diagnósticos enfermeros (n = 557)

Dominio: **Ámbito funcional/fisiológico**

Clase: Aseo personal/vestirse

Categoría: Déficit de autocuidado Lavado del cuerpo

Diagnóstico enfermo...

Categoría: Déficit de autocuidado Cuidado de la boca

Diagnósticos enfermos...

Objetivos enfermeros (n = 1865)

Dominio: **Ámbito funcional/fisiológico**

Clase: Aseo personal/vestirse

Categoría: Capacidad de autocuidado existente Lavado del cuerpo

Objetivos enfermeros

Categoría: Capacidad de autocuidado existente Cuidado de la boca

Objetivos enfermeros

Intervenciones enfermeras (n = 2632)

Dominio: **Ámbito funcional/fisiológico**

Clase: Aseo personal/vestirse

Categoría: Intervenciones enfermeras para el lavado del cuerpo

Intervenciones enfermeras

Categoría: Intervenciones enfermeras para el cuidado de la boca

Intervenciones enfermeras

Características (n = 4243)

Dominio: **Ámbito funcional/fisiológico**

Clase: Aseo personal/vestirse

Categoría: Respecto a la higiene dental

Características

Etiologías (n = 3802)

Dominio: **Ámbito funcional/fisiológico**
 Clase: Aseo personal/vestirse
 Categoría: Conducta de higiene
 Etiologías

Recursos (n = 653)

Dominio: **Ámbito funcional/fisiológico**
 Categoría: Capacidades físicas
 Recurso

Las jerarquizaciones desarrolladas son relevantes para el perfeccionamiento de ENP y para la evaluación de datos; para el usuario final y en la publicación del libro quedan invisibles, pues la utilidad de ENP en la práctica enfermera se ve en la estructura horizontal (fig. 1 parte C).

En la tabla 2 se puede observar el número actual de ítems de cada grupo de ENP. Cada ítem existe una sola vez en el sistema pero, con excepción de los diagnósticos enfermeros, puede ser enlazado varias veces. Dentro de los dominios, clases y categorías, cada elemento de un grupo tiene un solo enlace hacia el nivel inmediato superior. Cada ítem tiene un número ID inequívoco que no varía de una versión a otra. En ENP nunca se eliminan ítems, sólo se retiran de servicio. Así, los planes enfermeros antiguos siempre se podrán leer y visualizar, aun cuando algunas formulaciones no sigan siendo válidas.

Términos/conceptos del grupo	Cantidad 2.5	Cantidad 2.6	Cantidad 2.7	Cantidad 2.9	Cantidad 2.10 (actual)
Diagnósticos enfermos	521	542	548	552	557
Características	2 230	2 719	2 905	3 984	4 243
Etiologías	1 799	2 282	2 426	3 526	3 802
Recursos	379	457	473	648	653
Objetivos enfermeros	1 435	1 683	1 724	1 852	1 865
Intervenciones enfermeras	2 494	2 511	2 558	2 615	2 632
Especificaciones de intervención	3 652	4 285	4 461	4 797	5 011

Tabla 2: Número de ítems en los grupos ENP de una versión a otra

Dominio	Clase				Categoría				Diagnósticos enfermeros ENP precombinados			
	2.6	2.7	2.9	2.10	2.6	2.7	2.9	2.10	2.6	2.7	2.9	2.10
Problemas enfermeros en el ámbito funcional/fisiológico	11	11	11	11	67	67	67	68	275	279	278	280
Problemas enfermeros en el ámbito emocional/psicosocial	8	8	8	8	58	59	59	59	210	212	221	224
Problemas enfermeros conteniendo riesgos pluridimensionales	1	1	1	1	8	9	9	9	54	54	50	50
Problemas enfermeros relativos al medio ambiente	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3
Total: 4	21	21	21	21	134	136	136	137	542	547	552	557

Tabla 3: Número de elementos del grupo «problemas enfermeros ENP» versión 2.6 (mayo 2011) frente a las versiones 2.7 (mayo 2012), 2.9 (mayo 2014) y 2.10 (mayo 2017)

1.2 Precombinaciones de conceptos de la clasificación enfermera ENP – parte B

ENP precombina los elementos de la clasificación enfermera, es decir la combinación de determinados conceptos y elementos se considera en su conjunto como descriptor. Los diagnósticos enfermeros p. ej. se componen en su gran mayoría (aprox. 4/5) de un problema enfermero (concepto del grupo problemas enfermeros) y de una especificación (conceptos de los grupos de las características, etiologías o intervenciones enfermeras). Además de los diagnósticos enfermeros, las intervenciones enfermeras en ENP también son precombinadas. Para facilitar la comprensión, los siguientes capítulos ilustran el procedimiento y la estructura de la precombinación con algunos ejemplos.

1.2.1 Diagnósticos enfermeros ENP precombinados

Un diagnóstico enfermero ENP resulta de la combinación de un problema enfermero de la estructura monojerárquica de la parte A con una especificación en forma de una etiología o una característica del problema/fenómeno enfermero correspondiente.

Ejemplo 1 – Grupo problema enfermero:

Dominio: Problemas enfermeros en el ámbito funcional/fisiológico Clase: Aseo personal/vestirse

Categoría: Déficit de autocuidado Vestirse

Problema enfermero: **Alteración del vestirse/desvestirse**

El diagnóstico enfermero ENP precombinado «El paciente presenta dificultades para vestirse/desvestirse debido a un trastorno de la planificación y ejecución de actuaciones/movimientos» comprende, por un lado, el problema enfermero «dificultades para vestirse/desvestirse» y, por el otro, la etiología «trastorno de la planificación y ejecución de actuaciones/movimientos». El diagnóstico enfermero mostrado como ejemplo corresponde a la categoría «déficit de autocuidado vestirse».

Otro ejemplo, visualizado en la siguiente figura 2, sería: «El paciente presenta un riesgo de atelectasia/neumonía debido a una disminución de la ventilación pulmonar (ditelectasia)».

PRECOMBINACION



Figura 2: Precombinación de un diagnóstico enfermero ENP

Ambos ejemplos ilustran la composición precombinatoria del diagnóstico enfermero ENP a partir de los conceptos de la clasificación enfermera.

En las versiones 2.9 y 2.10, cada diagnóstico enfermero ENP actualizado ha sido dotado de una definición para asegurar una aplicación inequívoca. Esta se ha desarrollado en apoyo y promoción de una comprensión homogénea, tanto para fines didácticos como para profesionales que no conocen los conceptos diagnósticos. Por lo general, la granulación de los diagnósticos enfermeros ENP – es decir su grado de detalle, exactitud y expresividad – hace prescindibles las definiciones en la aplicación cotidiana por cuidadores profesionales, dado que las formulaciones son bastante claras y dejan poco margen de interpretación. El ejemplo a continuación ilustra la estructura de una definición de un diagnóstico enfermero ENP.

00022 El residente es incapaz de **organizar de manera autónoma el lavado del cuerpo** debido a una **desorientación**

Definición:

Disminución o ausencia de la capacidad de lavar el cuerpo entero o partes del cuerpo en el lavabo u otro puesto de lavado debido a una alteración de la función mental de autopercepción (imprescindible para orientarse en el tiempo, en el espacio, en la situación y/o en cuanto a su propia persona) (ICF [d510] washing oneself, ICNP [10020935] washing, ICF b114 Orientation functions, ICNP Orientation [10013810], Disorientation [10001235]).

Resalta que la definición hace referencia a ambos conceptos «ser incapaz de organizar el lavado del cuerpo» y «desorientación». Se trata de describir y/o explicar los elementos centrales de un diagnóstico enfermero ENP mediante una determinación exacta de los conceptos utilizados. La elaboración de las definiciones toma en cuenta los sistemas clasificatorios existentes y otras fuentes centrales y pertinentes como p. ej. análisis conceptuales. La literatura consultada para la redacción de la definición está indicada en la bibliografía relativa a la directriz práctica ENP correspondiente.

Si un diagnóstico enfermero ENP ya implica una especificación en forma de una etiología o una característica, tanto las etiologías como las características sugeridas se refieren a ambos componentes del diagnóstico enfermero. Un ejemplo para facilitar la comprensión:



Figura 3: Puntos de referencia de las características y etiologías en ENP

Los diagnósticos enfermeros en los que resulta útil mostrar el grado de limitación en el plano de la característica son dotados de una escala de Likert, especificando el nivel de limitación/dependencia. Un ejemplo:

El residente presenta una **alteración de la capacidad de transferencia**

Características:

- Alteración de la capacidad de transferencia de la cama a la silla (de ruedas)/butaca
- Alteración de la capacidad de transferencia de la silla (de ruedas)/butaca a la cama
- Alteración de la capacidad de transferencia de la silla de ruedas al servicio
- ...

Grado de limitación de la transferencia

Nivel 1: Transferencia autónoma con medios auxiliares

Nivel 2: Limitación escasa de la transferencia

Nivel 3: Limitación considerable de la transferencia

Nivel 4: Limitación grave de la transferencia

Nivel 5: Pérdida de la capacidad de transferencia

La añadidura de los grados de gravedad escalados a los diagnósticos enfermeros ENP relacionados a déficits de autocuidado permitirá exportar, a partir de la documentación de los procesos, la sistemática alemana recién elaborada para clasificar el grado de dependencia (Wingenfeld, Büscher, & Gansweid, 2008).

1.2.2 Intervenciones enfermeras ENP precombinadas

Para el grupo de intervenciones enfermeras también se forman precombinaciones. A diferencia de los diagnósticos enfermeros ENP, en este caso la precombinación consta de elementos del grupo de intervenciones enfermeras y del grupo de especificaciones de intervención. Se atribuyen especificaciones de intervenciones a las intervenciones de cuidado. Estas pueden contener otros datos, p. ej. con relación a la frecuencia, el grado de apoyo de la persona afectada en la realización de la intervención enfermera, el número de cuidadores necesarios, los medios auxiliares o productos necesarios, la localización a la que se refiere la intervención, indicaciones temporales, etc.

Los niveles de los diagnósticos enfermeros precombinados y de las intervenciones enfermeras se forman a partir del sistema de clasificación enfermera ENP. Estos diagnósticos enfermeros precombinados y las intervenciones enfermeras son las formulaciones que los cuidadores utilizan para documentar el proceso enfermero. La delimitación entre los elementos de clasificación enfermera de ENP y los elementos precombinatorios se representa mediante la línea horizontal gris en la figura 1 arriba presentada, mientras las relaciones se representan mediante las líneas de unión. A continuación, se explica el modo en que se atribuyen a los conceptos de intervención enfermera las especificaciones de intervenciones que indican una actuación.

Un ejemplo:

Dominio: Intervenciones enfermeras en el ámbito funcional/fisiológico

Clase: Aseo personal/vestirse

Categoría: Efectuar el lavado del cuerpo

Subcategoría: Efectuar el lavado del cuerpo entero individualmente

Efectuar el lavado de partes del cuerpo individualmente

Apoyar individualmente al ducharse

Apoyar individualmente al bañarse

Lavar el cuerpo con estimulación basal según Bobath

...

La formulación de la intervención «Efectuar el lavado de partes del cuerpo individualmente» no es lo suficientemente concreta para servir de guía de acción en el contexto de la planificación del proceso enfermero. Detalles sobre el lugar donde se realiza el lavado del cuerpo y el grado de apoyo requerido quedan sin aclarar. Por eso, las intervenciones ENP se siguen concretando. De esa manera, el plan de cuidados engendra una guía de acción precisa para la realización, individual y adaptada a las necesidades, de la asistencia enfermera. A modo de ejemplo, las siguientes especificaciones de intervención precisan la intervención enfermera «efectuar el lavado de partes del cuerpo individualmente»:

- Parte del cuerpo que debe ser lavada:
 - Cara/manos
 - Brazos
 - Pecho
 - Espalda
 - Piernas
 - Zona íntima
 - Trasero

- Indicar el grado de apoyo:
 - Vigilar
 - Ayudar mediante apoyo
 - Encargárselo en parte
 - Encargárselo completamente
 - Activar/instruir
- Lugar del lavado de partes del cuerpo:
 - En la cama
 - En el borde de la cama
 - En el lavabo
- Indicar el producto de cuidado usado
- Frecuencia/hora

Generalmente se pueden asignar las siguientes especificaciones de intervención a las formulaciones de intervención enfermera:

- Aspectos concretando el concepto de intervención de base
- Tipo de apoyo
- Cantidad de cuidadores necesarios
- Productos de cuidado usados
- Lugares donde se puede realizar el lavado del cuerpo
- Intervalos
- Indicações temporales
- Localización de la región del cuerpo
- Medios auxiliares empleados
- Grupos profesionales participando en el proceso de asistencia

1.3 Las directrices prácticas en ENP – parte C

En la parte C de la estructura ENP (véase figura 4) se explica cómo se componen las directrices prácticas a partir de los diferentes elementos de los grupos. Cada directriz práctica contiene elementos de los grupos problemas enfermeros (transformados vía precombinación en diagnósticos enfermeros), etiologías, características, recursos, objetivos e intervenciones (transformadas vía precombinación en intervenciones que indican actuaciones).

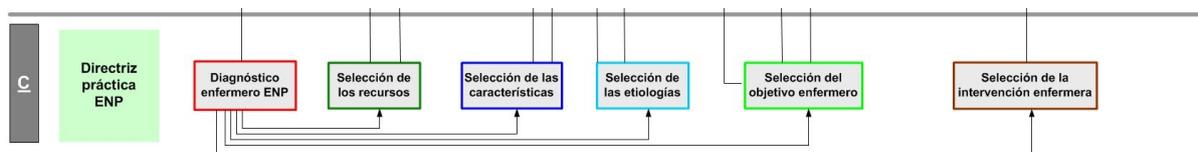


Figura 4: Estructura horizontal de una directriz práctica ENP

Las etiologías y características formuladas en la directriz práctica ENP se refieren a la especificación. Esto es una particularidad en la estructura de los diagnósticos enfermeros ENP. También existen diagnósticos enfermeros ENP sin precombinación con una especificación, compuestos únicamente del individuo y del problema enfermero. Es sólo mediante la codificación de etiologías y características que estas formulaciones de problemas enfermeros forman un diagnóstico enfermero; en general se trata de categorías residuales para fenómenos enfermeros que aún no se han podido transformar en un diagnóstico enfermero mediante la precombinación. El desarrollo de diagnósticos enfermeros ENP precombinados se realiza cuando se proponen conceptos de intervención especiales para un diagnóstico enfermero. De ese

modo se pueden presentar «mejores prácticas» o «cuidados basados en la evidencia» en el sentido de una directriz práctica.

Mediante la vinculación de elementos correspondientes de la estructura ENP a través de distintas clases nace la estructura horizontal de las directrices prácticas relativas a los diagnósticos enfermeros. En el gráfico (fig.1), las relaciones que existen entre diagnósticos enfermeros, características, etiologías, recursos, objetivos, intervenciones y especificaciones de intervenciones corresponden a las líneas horizontales. El equipo creador de ENP califica el micronivel resultante de **directriz práctica ENP**. Se trata entonces de una asignación fundada y, a ser posible, basada en la evidencia, de objetivos y conceptos de intervención potenciales para resolver/atenuar un problema/diagnóstico enfermero. En el pasado, los desarrolladores ENP también hablaron de una «teoría práctica modificada» (Wieteck, 2003) o de un «camino terapéutico ligado a los diagnósticos enfermeros» (Wieteck, 2007a). Ambas descripciones se encuentran integradas en la noción de directriz práctica.

Por analogía a las definiciones corrientes del término general «directriz práctica», una directriz práctica ENP se define como sigue (Bölicke, 2001; Field & Lohr, 1992; Ollenschläger et al., 1999, nuestra traducción):

Una directriz práctica ENP describe la ayuda en la toma de decisiones, sistemáticamente desarrollada, permitiendo un procedimiento adecuado, adaptado a las necesidades y basado en el conocimiento enfermero actual frente a problemas diagnósticos concretos. Las directrices prácticas ENP señalan el marco de acción y de decisión dentro del cual se realizará la actividad enfermera de manera técnicamente razonable tras poner un diagnóstico enfermero ENP.

El resultado de la combinación específica de elementos para formar una directriz práctica es la parte de ENP que tiene aplicación en la práctica enfermera, se visualiza en una aplicación de software y se individualiza en la planificación enfermera en un camino terapéutico enfermero para cada paciente. Cumpliendo con la exigencia de los desarrolladores de ENP, estas directrices prácticas relativas a los diagnósticos enfermeros representan el saber enfermero actual.

1.4 El desarrollo y perfeccionamiento de ENP

Existen varias publicaciones describiendo el origen histórico y el perfeccionamiento de ENP (p. ej. Wieteck, 2003, 2004b, 2013, 2014). La documentación detallada de los cambios de una versión a otra se puede consultar en las informaciones científicas sobre ENP, publicadas con regularidad. A continuación, se esbozarán los pasos centrales del desarrollo, así como la estrategia actual para el perfeccionamiento sistemático.

ENP está registrado como clasificación enfermera estandarizada en el registro OID (Object Identifier)² en la sanidad alemana. Eso permite un intercambio de datos entre distintos registros electrónicos del paciente/residente. La información relativa a ENP se puede consultar en la página web del DIMDI (instituto alemán de documentación e información médica)³.

1.4.1 Retrospectiva

El desarrollo de ENP tuvo su origen en el 1989 en una escuela alemana de enfermería con la finalidad central de estandarizar la documentación del proceso enfermero y de elaborar los correspondientes requisitos de formación. En el transcurso del desarrollo, fue implicado un grupo de docentes para profesiones enfermeras, procedentes de distintas escuelas de enfermería. En el 1994, al mismo tiempo

² En informática, los identificadores de objetos sirven de descriptor permanente y unívoco a nivel mundial de un objeto informativo determinado.

³ Véase <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/oid/verzeichniss.html> (consultado el 10.05.2017).

que la primera publicación de las directrices prácticas ENP, también se inició la realización de ENP como software dentro de una base de datos relacional.

Fase 1 (1989-1998) – desarrollo inductivo

El procedimiento inductivo tuvo como meta acercar los contenidos de la formación a la planificación del proceso enfermero y a su puesta en práctica real. En el contexto de las instrucciones prácticas en la formación enfermera, se aprovecharon numerosas situaciones enfermeras concretas ($n > 2138$) con pacientes/residentes/clientes para establecer planes de cuidados. Acto seguido, el plan de cuidados consensuado entre el estudiante y el equipo enfermero se reflexionó en el equipo docente. Además, las formulaciones encontradas y consensuadas por los expertos para representar la situación enfermera en forma de problemas/diagnósticos, objetivos e intervenciones enfermeras se fundamentaron científicamente por la literatura antes de ser catalogadas. La fase de desarrollo inductivo fue marcada por cuatro preguntas centrales de investigación (Wieteck, 2004b).

- ¿Cuáles son los diagnósticos enfermeros que se establecen y por tanto se necesitan como formulación estandarizada para representar el proceso individual de los cuidados enfermeros?
- ¿Cuáles características, etiologías y recursos se manifiestan en caso de cuál diagnóstico enfermero y deberían proponerse como formulación estandarizada?
- ¿Cuáles objetivos se conciertan (con el paciente/residente) en el proceso enfermero y se documentan en el plan de cuidados?
- ¿Cuáles intervenciones enfermeras se seleccionan y cuáles componentes de texto permiten de indicar las acciones enfermeras? ¿Cuáles intervenciones se describen en la literatura enfermera actual y se pueden proponer como componentes de texto?

Desde el punto de vista metodológico, tres fases marcaron el camino de la investigación:

- **Observación participante cualitativa** de situaciones enfermeras concretas, realizadas en el contexto de instrucciones prácticas con un estudiante y un docente de enfermería. Durante el proceso diagnóstico se identificaron distintos diagnósticos enfermeros, se definieron intervenciones enfermeras y se precisaron en un plan de cuidados para el paciente/residente. En la medida de lo posible, las descripciones de los planes de cuidados se basaron en conceptos enfermeros conocidos y descritos. De no ser así, se realizaron análisis conceptuales según Walker/Avant (Opel, 2004).
- Reflexión del plan de cuidados con los profesionales enfermeros y con el equipo docente en el sentido de un **consensuamiento** del proceso diagnóstico y de las formulaciones que reflejan dicho proceso.
- Comparación de los diagnósticos, objetivos e intervenciones identificados con la literatura especializada y catalogación de nuevos resultados encontrados (Wieteck, 2004b). El equipo desarrollador de ENP habla de una **teoría práctica modificada**, con otras palabras, se trata de un camino terapéutico relacionado con los diagnósticos enfermeros. Hoy día se utiliza el término «directriz práctica ENP».

Estos caminos terapéuticos relativos a los diagnósticos enfermeros (teorías situacionales o ligadas a la práctica), que hoy se llaman directrices prácticas ENP, representan el saber enfermero actual y así cumplen con la exigencia de los desarrolladores de ENP. El desarrollo de un camino terapéutico relacionado con el diagnóstico enfermero se basa, por un lado, en los métodos inductivos y, por otro lado, en el

trabajo/análisis bibliográfico (Wieteck, 2004b), seguido por una comprobación mediante trabajos de validación.

En el desarrollo de ENP, tanto el proceso diagnóstico como el proceso del desarrollo de un camino terapéutico se consideran como procesos de formulación de hipótesis (Gordon & Bartholomeyczik, 2001; Schrems, 2003). Las ideas de Dickoff, James y Wiedenbach (1968, p. 420-422) y su definición de las teorías productoras de situaciones («situation producing theories» o «prescriptive theories») o la teoría ligada a la práctica (Walker & Avant, 1998) ya comprenden los elementos centrales del proceso enfermero, por ejemplo el objetivo de las acciones enfermeras y las instrucciones consiguientes; de acuerdo con el modelo del proceso enfermero, se completaron a lo largo del proyecto ENP por las dimensiones del diagnóstico enfermero con las características, etiologías y los recursos. Mientras que Dickoff y James sitúan la teoría ligada a la práctica al último nivel del proceso de cuatro etapas de la formación de la teoría, los desarrolladores ENP ubican la modificada teoría práctica en el segundo nivel del proceso (véase fig. 5) (Dickoff et al., 1968). Subyace ahí la idea de que los caminos terapéuticos/las directrices prácticas ENP que se constituyen por el enlazamiento de los diagnósticos enfermeros con características, etiologías y recursos, objetivos e intervenciones no son más que hipótesis y no constituyen una teoría prescriptiva. Cabe tener presente que las hipótesis desarrolladas representan los conocimientos provisionales del área de la enfermería. Las hipótesis postuladas pueden ser confirmadas, rebatidas o modificadas por nuevos conocimientos. Esa manera de proceder se refleja en la actualización permanente de ENP.

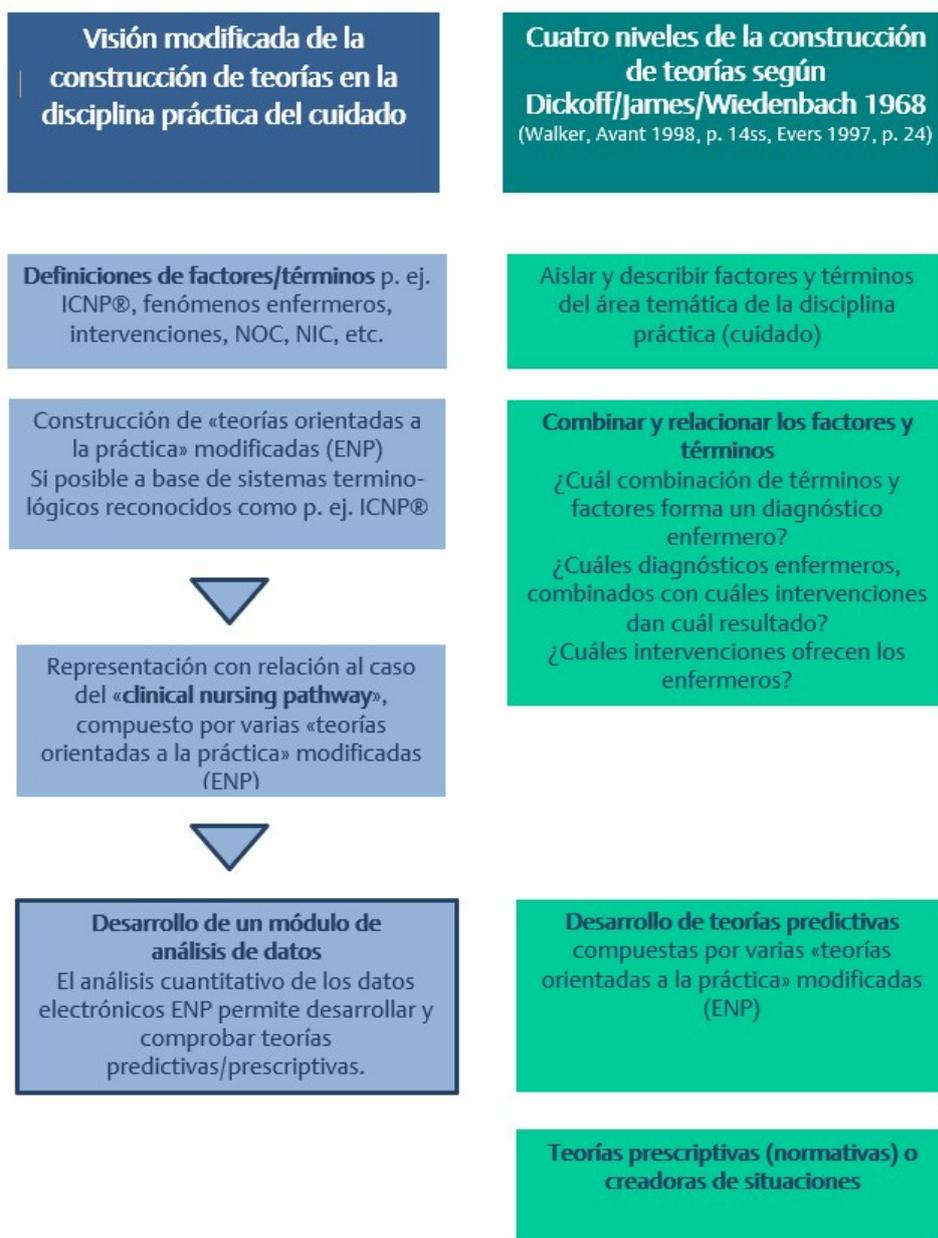


Figura 5: La «teoría práctica modificada» en el modelo de la formación de teorías

Los términos/conceptos utilizados en ENP se destacan por un alto grado de complejidad y granularidad. En el transcurso del desarrollo, el equipo ENP ha determinado las estructuras lingüísticas y las definiciones de los distintos grupos de ENP para fomentar la claridad del lenguaje.

Fase 2 (1998 hasta hoy) – retroalimentación de los usuarios y trabajos de validación para perfeccionar ENP

Desde el 1994, ENP se mantiene en una base de datos y distintos productos software lo integran en un registro electrónico del paciente/residente para la documentación del proceso enfermero. La retroalimentación de los usuarios se considera desde la primera aplicación de ENP en una documentación electrónica del proceso enfermero en el año 1996 (Deppmeyer, 1999; Wieteck, 2001) como un aspecto esencial del perfeccionamiento de ENP (Wieteck, 2013). Con la realización de ENP en una base de datos se

asegura que cada término en ENP tiene una notación (es decir, numeración única o número ID); por motivos de legibilidad y falta de pertinencia para el usuario final, la notación no aparece en los libros publicados.

Desde el 2001 se realizan trabajos de validación acerca de ENP. Los estudios de validación del contenido y/o de los criterios son otros elementos esenciales del perfeccionamiento de ENP. El párrafo 1.4.3 ofrece un resumen general de los trabajos existentes de validación.

Fase 3 (2005-2009) – creación de la estructura clasificatoria

En el libro publicado en el 2004, ENP aún no presentaba una estructura taxonómica independiente. Las directrices prácticas ENP de entonces se orientaron a las actividades de la vida diaria (AVD). Los trabajos de jerarquización las iban transformando progresivamente hasta constituir la estructura clasificatoria actual. En primer lugar se elaboró una taxonomía⁴ para los diagnósticos enfermeros ENP. Fue en un artículo especializado donde la estructura clasificatoria de los diagnósticos enfermeros ENP se mencionó por primera vez y donde se empezó de hablar de ENP como sistema de clasificación enfermera (Wieteck, 2006a). En el 2006, ENP comprendía siete clases, hoy llamados grupos (diagnósticos, etiologías, características, recursos, objetivos, intervenciones e indicaciones que guían las acciones). Para ese entonces, el grupo de los diagnósticos ya llevaba una estructura monojerárquica con 3 dominios, 22 clases y 128 categorías. La estructura de las demás clases/grupos como las etiologías, características etc. aún no era jerárquica, los términos/conceptos se gestionaron de manera yuxtapuesta en la base de datos. Los conceptos/términos estaban relacionados, es decir enlazados con los diagnósticos enfermeros pertinentes. Entre el 2007 y el 2009, cada grupo se fue estructurando sistemáticamente mediante la formación de clusters hasta constituir la estructura clasificatoria actual.

Para describir la realización de ENP en forma de base de datos, se prestan los conceptos de los campos de la informática y la representación de conocimiento: con relación a su presentación de base de datos, ENP se puede denominar ontología⁵. En ENP se presenta el conocimiento enfermero actual mediante los enlaces (relaciones). Se funda en los diagnósticos enfermeros, características, etiologías, recursos, objetivos enfermeros y conceptos de intervención enfermera que se gestionan en una base de datos. Sin enlaces entre ellos, estos elementos serían de escasa utilidad para el usuario. Por eso, la base de datos estructura estos elementos y los enlaza según criterios enfermeros. Finalmente, los enlaces al nivel horizontal entre las informaciones fragmentarias crean una imagen informativa completa en forma de directrices prácticas enfermeras. Así se teje una red semántica, apoyando la toma de decisiones en el contexto del proceso enfermero. En un registro electrónico del paciente/residente se utilizan las formulaciones propuestas en ENP para realizar la documentación del proceso enfermero. Además, ENP está vinculado con varios otros sistemas conceptuales y clasificaciones (véase capítulo 1.6).

Fase 4 (desde el 2008) – La traducción de ENP como proceso continuo

ENP está disponible como base de datos en los idiomas alemán, inglés, italiano y francés. Los libros respectivos en inglés, francés e italiano aún están por publicar, pero existe un trabajo de doctorado dedicado a la validación de la versión francesa de ENP. La traducción italiana de ENP se inició con un trabajo de master en traducción especializada en la universidad de Bologna. Desde ese momento, Elisabetta De Vecchis, miembro del equipo desarrollador de ENP, dirige la traducción de ENP al italiano, así como los trabajos de validación.

⁴La noción de taxonomía (o esquema clasificatorio) describe un modelo único o una construcción teórica que permite clasificar un determinado elemento/objeto según criterios definidos y asignarlo de este modo a una categoría.

⁵ Ontologías son descripciones de conceptualizaciones de un dominio de conocimiento – en el caso de ENP: el conocimiento enfermero para la representación y el control del proceso enfermero. Una ontología es un vocabulario controlado que describe, de una manera formal, objetos y sus relaciones entre sí y transmite enunciados sobre un dominio especial. Las ontologías también se denominan red semántica.

1.4.2 El desarrollo actual

ENP es hoy día un lenguaje profesional enfermero que presenta estructuras monojerárquicas y pone a disposición el conocimiento enfermero en forma de directrices prácticas. El gráfico siguiente (fig. 6) explica el proceso de desarrollo sistemático de ENP, establecido de esa forma desde el 2013 y continuamente mejorado. Cada año se pone a disposición una nueva versión ENP en forma de base de datos. Por lo general, los libros ENP se publican cada dos años.

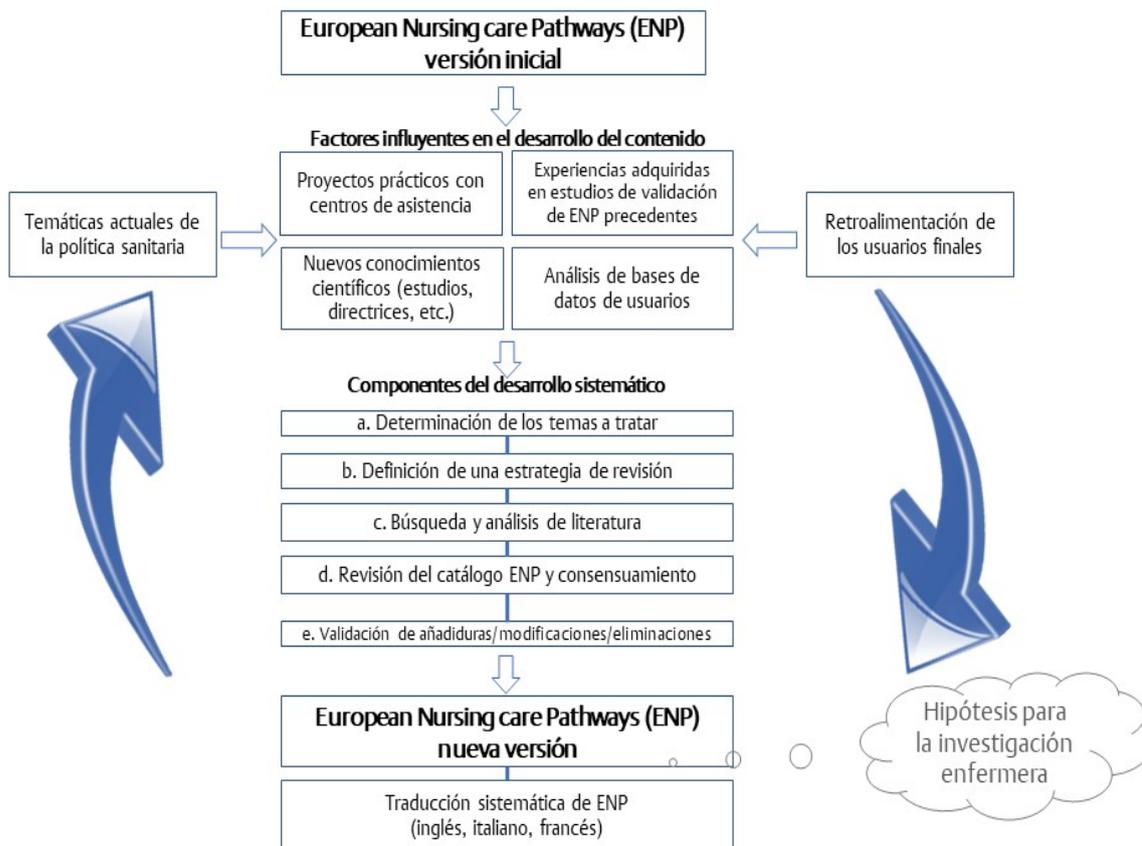


Figura 6: Proceso actual del desarrollo sistemático de ENP

Tomando en cuenta decisiones de la política sanitaria, la retroalimentación de los usuarios, así como los últimos resultados científicos en enfermería y las disciplinas sanitarias asociadas, se decide cada año cuáles de las directrices prácticas ENP se someterán a una comprobación sistemática y, en el caso dado, a una revisión. La investigación bibliográfica sistemática constituye la etapa metodológica central para la actualización y revisión; se realiza según el esquema siguiente:

Etapa de revisión	Ejemplo de los desarrollos en materia de trastornos de deglución
-------------------	--

<p>1. Definir la estrategia de revisión con formulaciones precisas para la investigación bibliográfica enfocada</p>	<p>Realización de una búsqueda selectiva en bases de datos, completada por el principio «bola de nieve» y una búsqueda manual libre en revistas seleccionadas, aplicando los operadores booleanos (AND, OR, NOT), el truncamiento y la búsqueda por frases.</p> <p>Ejemplo de un planteamiento: «¿Cuáles posibilidades de intervención enfermera, basadas en la evidencia, describe la literatura especializada en cuanto a la prevención, los cuidados, el tratamiento y la compensación de una disfagia manifestándose en la fase oral de transporte (...)?»</p>
<p>2. Definir el tipo de publicación preferido y el grado de evidencia requisito</p>	<p>Preferencia de artículos especializados de revistas revisadas por pares. Preferiblemente, el estudio debería ser de tipo sintético (sistemático) o de intervención.</p>
<p>3. Definición de los criterios de in/exclusión así que de las bases de datos a usar (p. ej. MEDLINE, CINAHL, The Cochrane Library)</p>	<p>Publicaciones en lengua alemana o inglesa, aparecidas a partir del 2000, exclusión de informes sobre casos individuales. Búsqueda en las bases de datos accesibles y reconocidas en ciencias de enfermería PubMed, the Cochrane Database of Systematic Reviews, Gerolit y CINAHL, así que en el registro de directrices de la AWMF (federación de asociaciones científicas-médicas alemanas) y en el catálogo de la biblioteca nacional de Baviera. Según el número de resultados, limitación de las búsquedas a los títulos y/o abstracts de las bases de datos.</p>
<p>4. Elaborar los términos de búsqueda y determinar frases de búsqueda específicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fenómeno: dysphagia, impaired swallowing, swallowing disorder*, swallowing dysfunction*, swallowing abnormalit*, impaired deglutition, deglutition disorder* • Características: symptom*, characteristic*, attribute*, indicator* • Intervenciones de cuidados: Nurs* concept*, nurs* intervention*, care, nurs* procedure*
<p>5. Realizar las investigaciones en bases de datos</p>	<p>Formar frases completas de búsqueda mediante combinaciones apropiadas de términos de búsqueda, operadores, criterios de in/exclusión así como criterios de filtrado.⁶</p>
<p>6. Clasificación y obtención de la literatura pertinente en forma integral y evaluación de las publicaciones y estudios en términos de calidad (Critical Appraisal).</p>	<p>Las frases de búsqueda aplicadas en las bases de datos proporcionaron respectivamente entre 15 y 687 resultados que se analizaron en términos de pertinencia a base de los títulos y abstracts. Al final, quedaron 119 resultados de importancia para la revisión. Estas publicaciones se consiguieron en forma integral y se compararon, después de una verificación de la calidad metodológica, rigurosamente con los elementos existentes en el catálogo ENP relacionados con la disfagia. Conforme al principio «bola de nieve», otras publicaciones de pertinencia potencial p. ej. figurando en las bibliografías de la literatura primaria conseguida, se tomaron igualmente en cuenta. Finalmente, se añadieron los contenidos de 91 publicaciones adicionalmente analizadas y, por ende, los diagnósticos enfermeros en materia</p>

⁶ Un ejemplo de una frase de búsqueda completa, aplicada en la investigación acerca de los trastornos de deglución: ((("Deglutition Disorders"[Mesh] AND "Nursing"[Mesh] AND ((("1990/01/01"[PDat] : "3000/12/31"[PDat]) AND Humans[Mesh] AND (English[lang] OR German[lang]))) OR (((dysphagia[title] OR impaired swallowing[title] OR swallowing disorder*[title] OR swallowing dysfunction*[title] OR swallowing abnormalit*[title] OR impaired deglutition[title] OR deglutition disorder*[title]) AND (cause*[title] OR source*[title]) AND ((("1990/01/01"[PDat] : "3000/12/31"[PDat]) AND Humans[Mesh] AND (English[lang] OR German[lang]))) OR ((dysphagia[title] OR impaired swallowing[title] OR swallowing disorder*[title] OR swallowing dysfunction*[title] OR swallowing abnormalit*[title] OR impaired deglutition[title] OR deglutition disorder*[title]) AND (symptom*[title] OR characteristic*[title] OR attribute*[title] OR indicator*[title]) AND ((("1990/01/01"[PDat] : "3000/12/31"[PDat]) AND Humans[Mesh] AND (English[lang] OR German[lang]))) OR ((dysphagia[title] OR impaired swallowing[title] OR swallowing disorder*[title] OR swallowing dysfunction*[title] OR swallowing abnormalit*[title] OR impaired deglutition[title] OR deglutition disorder*[title]) AND (nurs*[title] OR care[title] OR procedure*[title] OR caring[title] OR intervention*[title]) AND ((("1990/01/01"[PDat] : "3000/12/31"[PDat]) AND Humans[Mesh] AND (English[lang] OR German[lang]))) AND ((("1990/01/01"[PDat] : "3000/12/31"[PDat]) AND Humans[Mesh] AND (English[lang] OR German[lang]))) AND ((("2000/01/01"[PDat] : "3000/12/31"[PDat]) AND Humans[Mesh] AND (English[lang] OR German[lang]))) Filters: Review; Meta-Analysis; Systematic Reviews; Publication date from 2000/01/01; Humans; English; German

	de trastornos de deglución son apoyados por un total de 159 publicaciones.
7. Revisar el catálogo ENP mediante los conocimientos y hechos extraídos de la literatura	Véase tabla 5
8. Consensuar los resultados en el equipo desarrollador ENP, en caso necesario en colaboración con expertos externos consultados para la disciplina respectiva	
9. Validar la revisión p. ej. por medio de un rating por expertos, un estudio o un test clínico en la praxis enfermera	Véase capítulo 1.4.3

Tabla 4: Proceso de la búsqueda bibliográfica sistemática para el desarrollo de ENP, basado en la evidencia

La siguiente tabla 5 presenta, como ilustración, un fragmento de una tabla de revisión de los diagnósticos ENP en materia de respiración, actualizados mitades del 2014 hasta el 2017. De modo ejemplar se puede examinar la revisión de las etiologías⁷ relacionadas con el diagnóstico enfermero. Las columnas presentan el número ID de cada etiología, la expresión lingüística, la referencia bibliográfica abreviada, señalando la literatura en la que se basan los ítems, los textos explicativos asociados en caso necesario a las etiologías (p. ej. si se trata de términos técnicos extranjeros) así que una marca de «X» para indicar el enlace de la etiología con el diagnóstico enfermero. Lo que no figura en ese recorte son los vínculos establecidos entre la directriz práctica ENP y otros instrumentos y conceptos (véase capítulo 1.6) así que los valores temporales normativos, perteneciendo a las intervenciones ENP (véase capítulo 4.7). La escritura negra indica elementos mantenidos sin cambios desde la versión ENP inicial, la escritura roja y/o roja borrada señala un cambio realizado en la nueva versión. Las siguientes formas de revisión son posibles:

- La adición de ítems
- La modificación lingüística de ítems existentes (p. ej. hacia el término técnico)
- La desactivación del enlace de un ítem hacia un diagnóstico enfermero (p. ej. por encajar mejor con otro diagnóstico)
- La desactivación completa de un ítem (p. ej. debido a nuevos conocimientos científicos).

⁷ Por supuesto, una documentación similar existe para toda directriz práctica ENP en cuanto a las características, recursos, objetivos e intervenciones.

				223 - Der Patient hat aufgrund von fest sitzendem Bronchialsekret das Risiko einer Atelektase/Pneumonie
ID-Nr.	Ursache	Literatur-Kurzverweise	b.B.: Erläuterung der Ursache	
3143	Operativer Eingriff im Bauchraum			
20813	Operativer Eingriff am offenen Herzen			
2951	Zähes Bronchialsekret mit hoher Viskosität		Viskosität beschreibt die Zähigkeit einer Flüssigkeit. Umso größer die Viskosität, desto zähflüssiger und weniger fließfähig ist die Flüssigkeit.	X
2952	Glasig-zähes Bronchialsekret mit glasig-hoher Viskosität		Viskosität beschreibt die Zähigkeit einer Flüssigkeit. Umso größer die Viskosität, desto zähflüssiger und weniger fließfähig ist die Flüssigkeit.	X
2953	Unproduktiver Husten	10;13;32;		X
2909	Erschöpfung			X
15656	Funktionsbeeinträchtigung der Bronchialschleimhaut durch Staub/Allergene/Noxen	39		X
20824	Akute Atemwegserkrankung	32		X
17430	Mukoviszidose	24;27;28;32;33		X
20706	Bronchiektase	7;15;17;24;29;30;31;37;35		X
20826	Chronische Bronchitis	32		X
	Neuromuskuläre Erkrankung zu der Pflegediagnose: Beeinträchtigte Selbstreinigungsfunktion	3;9;10;13;11; 9 (ALS);22;27;32;34; 38		
	Akute oder chronische Verletzung/Beeinträchtigung des Spinalkanals	39		X
	Rezidivierende Atemwegserkrankungen	32	Beschreibt das Wiederauftreten einer Atemwegserkrankung nach einer klinisch vermuteten, zeitweiligen Heilung bzw. zeitweiligen Besserung.	X
	Asthma bronchiale	20;21;32;33		X
20608	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	6;32;33		X

Tabla 5: Recorte de una tabla de revisión del equipo desarrollador ENP

Ese procedimiento permite comprobar las delimitaciones entre los diagnósticos enfermeros y probar cada ítem con literatura y conocimientos basados en la evidencia, p. ej. obtenidos de estudios y trabajos sintéticos – o bien rechazarlo conforme a la actualidad de los conocimientos. Los campos con escritura roja indican los nuevos contenidos, una cruz roja señala un nuevo enlace realizado entre el diagnóstico arriba mencionado y la etiología etc.

1.4.3 Opciones para validar directrices prácticas ENP

A continuación del desarrollo sistemático, se realiza – cuando sea posible y sobre todo si se trata de modificaciones profundas – una validación de los contenidos y resultados obtenidos. El objetivo de la validación es someter las directrices prácticas ENP consensuadas y sistemáticamente revisadas de parte del equipo de desarrollo ENP a otro proceso de verificación de la calidad (Creason, 2004), garantizando de esa manera, según el método de validación aplicado, la exactitud técnica, la integridad, un nivel adecuado de granularidad y selectividad de las directrices prácticas así que su aptitud práctica.

Desde el comienzo del desarrollo de clasificaciones enfermeras en los años 1980 se plantearon varios métodos de validación. La siguiente tabla 6 ofrece un breve resumen de los modelos discutidos sin pretender ser exhaustivo:

Modelo	Construcción analizada	Descripción breve	Bibliografía
Métodos de validación según Gordon & Sweeney			
Retrospective Identification Model	Validez consensual, validez aparente, título del diagnóstico enfermero	Aprovechamiento de las experiencias agregadas de cuidadores que describen y evalúan de manera retrospectiva fenómenos/diagnósticos enfermeros (DE), parecido a grupos de enfoque	p. ej. Creason, 2004; Gordon & Sweeney, 1979
Clinical Model	Título del diagnóstico enfermero	La observación directa y documentada de pacientes y de su comportamiento por cuidadores sirve de fuente y de base de evaluación de los títulos de DE	
Nurse Validation Model	Validez de contenido, validez aparente	Dos o más cuidadores experimentados analizan las características determinando un DE en cuanto a la pertinencia y frecuencia de su aparición concentrada en la práctica.	
Métodos de validación según Fehring			
Diagnostic Content Validation Model (DCV)	Validez de contenido, validez aparente	Evaluación de las características de un DE por expertos (enfermeros) versados mediante una escala de Likert de cinco niveles; cálculo de un índice ponderado para cada característica	p. ej. Caldeira et al., 2012; Richard J. Fehring, 1987; Richard J. Fehring, 1994
Clinical Diagnostic Validation Model (CDV)	Validez de contenido, validez aparente, fiabilidad interobservador	Verificación de la validez de un DE en una situación clínica por dos expertos mediante observación o entrevista del paciente. Cálculo de un índice ponderado de fiabilidad interobservador	
Etiologic Correlational Ratings Validation Model (ECR)	Validez predictiva	Establecimiento de una relación directa causa-efecto entre un DE y sus etiologías. Cálculo de un coeficiente de correlación (etiologic correlation rating) para determinar la fuerza de una etiología o de un factor de riesgo para predecir un DE	
Differential Diagnostic Validation Model (DDV)	Validez discriminante (de dos DE), validez de	Las características de dos DE similares son juntadas en un instrumento de validación para ser evaluadas en forma cegada por un «número suficiente» de expertos (enfermeros) y/o pacientes en cuanto a cada DE, dado el	

	contenido, validez aparente	caso también en un setting clínico. Cálculo de índices ponderados para ambos DE y comparación de ellos.	
Técnica Delphi	Validez de contenido, validez aparente	Método sistemático de varias etapas de consulta por escrito a un panel de expertos, guardando el anonimato de los participantes. En las primeras rondas, las características y elementos definitorios de un DE son revisados hasta llegar a un consenso en cuanto a utilidad, integridad y claridad.	p. ej. Grant & Kinney, 1992
Análisis conceptuales	Atributos y características centrales de términos	Método en varias etapas de análisis conceptual y de atribución unívoca de la información transportada por un término. Se trata de excluir ambigüedades. Aplicada con frecuencia como etapa preliminar para otras formas de validación.	p. ej. Walker & Avant, 2010; Whitley, 1997
Métodos de validación multivariados			
Análisis factorial	Validez de constructo	Proceso de reducción de una multitud de variables/observaciones a pocos factores de influencia centrales. En la validación de un DE, el análisis revela si las características se manifiestan como un solo factor (caso ideal) o como varios.	p. ej. Chang, 1995; Hoskins, 1997; Kerr et al., 1993
Análisis de cluster	Validez de constructo	Procedimiento para identificar grupos semejantes u homogéneos (cluster) de objetos en un gran conjunto heterogéneo de datos. Apto tanto para generar una estructura clasificatoria como para la validación (objetos perteneciendo a un cluster deberían presentar una correlación entre sí superior a la con objetos de otros clusters).	p. ej. Chang, 1994; Kerr et al., 1993
Estimación de magnitud (Magnitude Estimation Scaling)	Validez de contenido, validez aparente	Técnica para evaluar características definidas de determinados DE con relación a la experiencia subjetiva de un grupo de expertos en cuanto a distintas dimensiones conceptuales (p. ej. pertinencia, frecuencia de aparición). Así se generan escalas relacionales evaluables.	Grant, Kinney, & Guzzetta, 1990a, 1990b
Mapeamiento cruzado (Crossmapping)	Validez de contenido, validez de criterios	Método que consiste en identificar términos semejantes o asociados de distintos sistemas de clasificación (enfermera) para relacionarlos y verificarlos en cuanto a posibles inconsistencias.	Hyun & Park, 2002; Wiroteck, 2008a

Tabla 5: Selección de los métodos más comunes para la validación de diagnósticos/sistemas clasificatorios enfermeros (fuente: elaboración propia)

Por razones metódicas por un lado y la estructura particular de ENP (véase capítulos 1.1 a 1.3) por el otro, los métodos arriba esbozados sólo sirven con restricciones para la validación de los European Nursing care Pathways. Por lo general, estos métodos se concentran en el título y/o determinadas características o etiologías de un diagnóstico enfermero y se referirían por lo tanto sólo a un fragmento limitado de ENP sin tomar en cuenta todas las etiologías o intervenciones asociadas a una directriz práctica ENP o una directriz práctica ENP en su totalidad, comprendiendo el proceso enfermero. Además, los modelos conocidos sólo muestran si un criterio específico puede ser considerado como característica fiable de un diagnóstico enfermero sin revelar las razones por las cuales un criterio se debe rechazar en el caso dado. Ante la multitud de enfoques existentes – como en el caso del método de validación según Fehring (1987; 1994) que sigue siendo muy usado hoy en día – se nota una discrepancia importante entre el desarrollo continuo de los sistemas clasificatorios y la falta de avance metodológico en cuanto a los conceptos de validación, lo que va poniendo en duda la fiabilidad y la fuerza expresiva de los resultados de validación. Finalmente, muchos de los procedimientos planteados implican obstáculos difícilmente superables en términos de realizabilidad y practicabilidad (inversión temporal y financiera, disponibilidad de personas o instituciones cooperantes etc.).

Ante esta situación, los trabajos de validación del equipo ENP se concentran en los siguientes enfoques metodológicos:

- La verificación de la validez de las directrices prácticas ENP revisadas en el contexto clínico antes de su admisión definitiva a una nueva versión ENP (el así llamado «pretest»). Para ello, cuidadores u otros profesionales clínicos del equipo interdisciplinario con experiencia pertinente en el ámbito correspondiente evalúan las modificaciones aportadas por el equipo ENP en cuanto a distintos aspectos (p. ej. exactitud, integridad para representar meticulosamente la situación individual del paciente/residente/cliente, formulación, usabilidad etc.) desde el punto de vista del usuario directo en una clínica o un servicio de cuidados a personas mayores.
- La realización de un análisis científico sistemático en forma de un estudio como forma de validación de primer orden. Numerosos diseños de estudios y opciones de realización son imaginables. Hasta ahora, esta forma de validación que implica una gran inversión de recursos se usaba sobre todo para trabajos de fin de carrera o en proyectos en colaboración con los desarrolladores de otros conceptos y herramientas en el contexto de trabajos de mapeo; ante la difusión creciente de ENP en (asociaciones de) organizaciones (p. ej. clínicas universitarias) con un gran número de camas y su utilización en algunos países a nivel casi nacional en determinados contextos enfermeros, un aumento de la importancia y del número de estudios sistemáticos de alta calidad relacionados con el sistema de clasificación enfermera ENP es previsible.
- La realización de ratings por expertos con especialistas seleccionados según criterios definidos, encargados de evaluar las directrices prácticas ENP revisadas en cuanto a distintas dimensiones y de someter, dado el caso, propuestas de mejoramiento. Aquí también existen diferentes formas de realización: conferencias especializadas en varias etapas o consultas estandarizadas a expertos.

Esta última forma, el rating por expertos mediante consulta estandarizada, representa actualmente el método de validación aplicado con mayor frecuencia para las directrices prácticas ENP revisadas – lo que condujo en los años 2014 y 2015 a reflexiones sobre el desarrollo de una herramienta de encuesta estandarizada, aplicada por primera vez con las directrices prácticas ENP revisadas de la temática de los trastornos de deglución. Los objetivos centrales eran el registro de la totalidad de los elementos constituyentes, así como la obtención de evaluaciones sinópticas con respecto a diferentes exigencias con las que ENP trata de cumplir:

- Aptitud de la estructura de ENP para el trabajo práctico
- Visibilidad de un enfoque interprofesional
- Adecuación del grado de precisión (granularidad)
- Adecuación del grado de claridad y de selectividad
- Integridad de los elementos
- Exactitud técnica
- Aptitud de ENP para apoyar la toma de decisiones y la documentación de los procesos
- Beneficio y necesidad del uso sistemático de términos técnicos en el contexto del desarrollo y de la revisión de ENP (ejemplo: «cefalea» en vez de «dolor de cabeza»)

Para asegurar una comparabilidad por lo menos parcial con las herramientas corrientes en la validación de diagnósticos enfermeros y con los resultados de estudios existentes, el rating por expertos en forma electrónica se escogió como enfoque metodológico básico, por analogía con el modelo DCV de Fehring (1987; 1994). La idea fundamental es que expertos reconocidos evalúan todas las características, etiologías, objetivos e intervenciones, así como los diagnósticos enfermeros ENP pertinentes mediante un cuestionario estandarizado y un sistema de categorías definidas. Esta parte representa el componente central de la herramienta.

Tras numerosos diseños conceptuales, al final se desarrolló un cuestionario interactivo basado en Microsoft Excel que guía a los expertos al rellenar con ayuda de funciones de confort propias al programa (p. ej. Macros, botones de comando). Las primeras páginas del instrumento dan una breve introducción a los encuestados, explicando la finalidad del estudio, la estructura de ENP y el manejo del cuestionario electrónico. En la encuesta propiamente dicha, los participantes son invitados a evaluar sucesivamente los (no-)enlaces actuales en ENP de los diagnósticos enfermeros, listados en tres secciones relacionadas con las etiologías, características e intervenciones correspondientes. Cada uno de esos elementos está provisto de una lista desplegable, preconfigurada en la opción de «mantener tal cual» el enlace existente, sin necesidad de modificación. En el caso contrario, con los elementos no enlazados, la opción predefinida dice que un enlazamiento no tendría sentido. Si el experto detecta una necesidad de modificación, el menú de opciones le permite precisar el tipo de cambio requerido. Se proponen alternativas acerca de distintas dimensiones del ítem: integridad, precisión, exactitud técnica y pertinencia. La figura 7 presenta un fragmento del cuestionario para ilustrar el concepto.

 		Pflege diagnosen (insg. 10!)			
Zurück	Weiter zu Ursachen von Schluckstörungen	1. Der Bewohner ist aufgrund einer/s beeinträchtigten Bolusformung/ -kontrolle/ -transports beim Schlucken in der oralen Vorbereitungs-/ -transportphase beeinträchtigt	2. Der Bewohner ist aufgrund eines Zungenstosses/ von Zungenpressen beim Schlucken in der oralen Vorbereitungs-/ -transportphase beeinträchtigt	3. Der Bewohner ist aufgrund einer hypotonen Wangen-/ Lippen-/ Mundmuskulatur beim Schlucken in der oralen Vorbereitungs-/ -transportphase beeinträchtigt	4. Der Bewohner verschluckt sich häufig bei der Nahrungsaufnahme, das Schlucken ist in der oralen Transport-/ pharyngealen Phase beeinträchtigt
Kennzeichen					
Berichtet über Schluckstörungen bei fester Nahrung		Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	✓ Sinnvoll, unverändert
Auftreten der Schluckstörung überwiegend bei fester Nahrung		Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	✓ Sinnvoll, unverändert
Husten/Räuspern beinach dem Schlucken		Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	✓ Sinnvoll, unverändert
Husten/Räuspern beinach dem Schlucken von Flüssigkeiten		Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen
Erstickungsanfälle nach dem Schlucken		Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	✓ Sinnvoll, unverändert
Erstickungsanfälle nach dem Schlucken von Flüssigkeit		Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen
Atemnot, ggf. mit Zyanose beinach dem Schlucken		Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	✓ Sinnvoll, unverändert
Atemnot, ggf. mit Zyanose beinach dem Schlucken von Flüssigkeit		Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen
Beobachtbare Schwierigkeiten beim Anschlucken	✓	Sinnvoll, unverändert	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	✓ Sinnvoll, unverändert
Verbleibende Nahrungsreste auf der Zunge (nach dem Schlucken)	✓	Sinnvoll, unverändert	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen
Verbleibende Nahrungsreste am Gaumen (nach dem Schlucken)	✓	Sinnvoll, unverändert	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen
Äußerungen über/Beobachtung von Schluckstörungen		Sinnvoll, unverändert Sinnvoll, inhaltlich jedoch zu spezifisch Sinnvoll, inhaltlich jedoch zu allgemein Auflösen, inhaltlich zu spezifisch Auflösen, inhaltlich zu allgemein Auflösen, fachlich falsch Auflösen, fachlich unvollständig Auflösen, nicht dokumentationsrelev.	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	✓ Sinnvoll, unverändert
Feuchte/gurgelige Stimmqualität nach dem Schlucken			Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	✓ Sinnvoll, unverändert
Auffälliges positives Ergebnis bei der Phonationsprobe nach dem Schlucken			Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	✓ Sinnvoll, unverändert
Auffälliges positives Ergebnis bei der Phonationsprobe nach dem Schlucken von Flüssigkeit		Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen
Auffälliges positives Ergebnis beim 50 ml Wasserschlucktest		Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen
Veränderte Schluckphasen (Schluckkontrollgriff)		Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen
Fehlender Schluckreflex (Schluckkontrollgriff)		Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen

Figura 7: Fragmento de la máscara de edición del instrumento de encuesta a modo de ejemplo

Debido a la cantidad a menudo considerable de los aspectos a verificar por los expertos y para no traspasar los límites de lo razonable, la encuesta renuncia a incluir las intervenciones detalladas⁸ que precisan los conceptos de intervención. La posibilidad, resultante de esa omisión, de que los participantes estiman un concepto de intervención demasiado abstracto por falta de conocimiento de la especificación se tolera por ende y se toma en cuenta en la interpretación. La hoja siguiente del cuestionario permite a los expertos comparar su estimación con los enlaces que se usaban en versiones ENP precedentes y luego han sido retirados, añadir otras etiologías, características o intervenciones que consideran necesarias y enlazarlos con los diagnósticos enfermeros respectivos. Al final del cuestionario, una hoja sintetiza las preguntas acerca de los aspectos arriba mencionados (escala de Likert, cuatro niveles). La estructura del instrumento también ha sido adaptada para proyectos de encuestas en línea mediante la plataforma SoSciSurvey

⁸ Véase capítulo 2.1

(<https://www.soscisurvey.de>), facilitando, además de la manipulación local con Microsoft Excel (fuera de línea), un rating por expertos en línea.

En vista de la validación y del valor informativo de los resultados, se otorga una importancia primordial a la pregunta quién puede ser considerado experto del área a investigar en el contexto de la evaluación de diagnósticos enfermeros y de los elementos asociados. Las opiniones discutidas a este respecto divergen bastante, al igual que las numerosas definiciones aplicadas para distinguir al experto del profano. Ejemplos de los criterios distintivos planteados son el conocimiento profesional o resultados excelentes conseguidos en su especialidad (Bromme, Jucks, & Rambow, 2004). Más exigente todavía, otra perspectiva define, además del conocimiento específico y/o resultados excelentes, sobre todo la validez práctica como atributo distintivo de un experto. Tomando en cuenta la intención de un sistema de clasificación enfermera – es decir prestar un apoyo eficaz a la práctica enfermera a la hora de tomar decisiones y actuar – el equipo ENP otorga una pertinencia mayor a ese último punto. En consecuencia, su comprensión del experto se apoya en la siguiente definición tomada de la sociología del conocimiento: «Se pueden considerar expertos aquellas personas que – partiendo de un conocimiento específico práctico o empírico relacionado con una problemática claramente delimitable – han creado con sus interpretaciones la posibilidad de estructurar el campo de actuación concreto de forma útil y orientadora para los demás» (Bogner, Littig, & Menz, 2014: 13; nuestra traducción). Por lo tanto, la definición seleccionada difiere intencionalmente de los enfoques comunes en enfermería, por ejemplo de la terminología de Benner o del enfoque concretizante de Jasper (1994), más concentrados en las competencias de resolución de problemas en una situación precisa. Generalmente, hay que tomar en cuenta que el estatus de experto en el contexto de la ciencia enfermera siempre depende del interés de investigación y que entonces el papel de experto es en parte otorgado por el investigador (Meuser & Nagel, 2002).

Refiriéndose concretamente a la diagnosis enfermera, Fehring (1994) sugiere en el contexto de sus modelos de validación, seleccionar expertos calificados a base de parámetros mensurables. A partir de puntos adjudicados en función del cumplimiento de criterios específicos, una persona es admitida como experto para la validación si ha logrado el puntaje mínimo fijado. Entre las características figuran:

- un título de máster o superior en una carrera con relación directa con la enfermería (ponderación más importante),
- un trabajo de calificación académica (máster o superior en una carrera enfermera) en la materia del/de los diagnóstico(s) enfermero(s) a validar,
- un período de un año mínimo durante el cual se ha ganado experiencia profesional en la materia a investigar,
- pruebas de capacitación profesional con referencia a los contenidos del/de los diagnóstico(s) enfermero(s),
- publicaciones y/o resultados de investigación publicados con referencia a los contenidos del/de los diagnóstico(s) enfermero(s).

La lista ilustra el problema que implica el intento de aplicar rigurosamente los criterios planteados por Fehring en el área de habla alemana: la falta notable de expertos calificados para participar en un estudio de validación. En Alemania, la ciencia de la enfermería es una disciplina bastante joven cuyo establecimiento, a pesar de haber progresado notablemente, está lejos de ser terminado. Esto es particularmente cierto con miras a otros países como p. ej. los Estados Unidos o Gran Bretaña (Palm & Dichter, 2013). Además, la posibilidad de capacitación de calificación secundaria a nivel académico sólo existe desde finales de los años 1980, a pesar de que el número de las carreras propuestas va creciendo rápidamente (Schaeffer & Wingenfeld, 2014). Carreras de calificación primaria, integrando o sustituyendo

la formación profesional «clásica», sólo existen desde hace una decena de años, muchas veces en forma modélica. Se sabe que las carreras secundarias basadas en una formación profesional, como la gestión enfermera, la pedagogía enfermera o la ciencia enfermera, se dirigen en la mayoría de los casos a posiciones fuera del lugar de asistencia. Pero incluso entre muchos graduados de las carreras de calificación directa, recién creadas, se nota una afinidad baja por las actividades de asistencia directa (Bollinger, Gerlach, & Grewe, 2006). Los diplomas académicos con enfoque claro en una actividad clínica de asistencia directa, tipo Clinical Nurse Specialist o Advanced Nursing Practitioner, se reclaman cada vez más (véase p. ej. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V., 2013) pero están todavía en ciernes. La consecuencia de esta situación es una escasez persistente de cuidadores dotados de un título académico en Alemania. En la zona germanófila y sobre todo en Alemania, la búsqueda de un número suficiente de cuidadores con experiencia clínica, disponiendo, por lo menos, de un máster (criterio de selección principal según Fehring) como expertos para un estudio de validación en materia de diagnósticos enfermeros tiene actualmente muy pocas perspectivas de éxito. Además, se requeriría una especialización de esas personas en la materia definida por los diagnósticos o las directrices prácticas a validar, en el caso presente los trastornos de deglución, lo que implicaría una limitación adicional de las opciones de selección.

Debido a las razones expuestas, la definición del experto en el contexto de la validación de ENP necesita apartarse de los criterios según Fehring, frecuentemente aplicados a nivel internacional. Se trata sobre todo de apartarse de la premisa de que los expertos participantes en el estudio necesitan tener obligatoriamente una formación académica en enfermería. Las experiencias actuales incluso imponen la necesidad de renunciar a una formación profesional principal en enfermería como condición previa a la participación en el estudio: A pesar de que los cuidadores muchas veces son implicados en la atención a grupos específicos de pacientes/residentes/clientes, una especialización clínica en el área correspondiente prácticamente no existe, ni a nivel nacional ni internacional. Un ejemplo es la temática de las disfgias – de gran pertinencia para la profesión enfermera: La búsqueda bibliográfica sistemática, realizada para la revisión de las directrices prácticas ENP, identificó pocas publicaciones con referencia inmediata a los cuidados. La literatura enfermera específica –si es que existe – se debe en la mayoría de los casos a uno o varios autores de una profesión afín y trata el papel de la enfermería a un nivel general dentro de la atención interdisciplinaria de los pacientes disfágicos (p. ej. Brady, 2008; Tanner, 2010). Son pocas las publicaciones pertinentes de alta calidad procedentes de la profesión misma (Hines et al., 2011). Concluyendo y siguiendo las reflexiones técnicas y cualitativas, se consideran decisivos los aspectos siguientes para la selección de expertos adecuados – sin descartar la posibilidad de adaptar sensatamente los criterios establecidos en función de la directriz práctica ENP en cuestión:

- un dominio adecuado de la lengua (técnica) alemana con miras a la validación de un sistema de clasificación en alemán,
- una cualificación profesional en relación directa con la temática de la disfgia, en el caso ideal a nivel académico (p. ej. logopedia, lingüística, terapia del lenguaje etc.),
- por lo menos dos años de experiencia profesional correspondiente a la cualificación en un área clínica relacionada con el cuidado y la asistencia de personas con trastornos de deglución,
- la presencia de por lo menos una publicación pertinente y de alta calidad metodológica (p. ej. obra de referencia, literatura básica, revista sistemática),
- la pertenencia activa a una asociación (profesional) o una comisión relacionada con la disfgia o el ejercicio de una actividad docente pertinente.

La evaluación de los datos se realizaba recurriendo a paquetes de software como Microsoft Office y/o programas de estadística (p. ej. SPSS – Statistical Package for the Social Sciences). A tal efecto, la información recogida en los cuestionarios electrónicos era transferida a las máscaras de procesamiento.

Para excluir, en la medida de lo posible, errores de transmisión, la exactitud de los datos se controló otra vez tras la entrada. En la evaluación de los datos se recurría esencialmente a métodos descriptivos, entre otros el cálculo de frecuencia (absoluta y relativa), parámetros de posición (p. ej. la media aritmética), parámetros de dispersión (p. ej. el rango) y representaciones gráficas. Una importancia central se otorga además a la cuantificación de todas las evaluaciones proporcionadas por los expertos en cuanto al (no) enlazamiento de cada característica, etiología e intervención en cuanto a cada uno de los diez diagnósticos enfermeros ENP. Esta base permite determinar mediante un valor límite predefinido (cut off, punto de corte) cuáles de los elementos y (no) enlaces

- requieren un control detallado del contenido,
- requieren un control de su exactitud y granularidad,
- deben ser disueltos, completados o añadidos.

Aparte de la búsqueda de un valor límite apropiado para iniciar una revisión del contenido, se trata de fijar la atención en incongruencias llamativas en las observaciones de los expertos y de hacerse una idea de la importancia y la fiabilidad de las concordancias de las evaluaciones. Dependiendo de los datos disponibles, diferentes modelos se aplican para calcular la fiabilidad y la concordancia interobservador.

1.5 Utilización de ENP

Según la división de terminologías en las de interfaz, las de referencia y las administrativas, ENP pertenece a las terminologías de interfaz. Las terminologías de interfaz son destinadas al uso «front end», es decir, los usuarios – los cuidadores – las aplican en la asistencia directa (Bakken et al., 2000) para realizar la documentación del proceso enfermero y de las prestaciones.

El uso de ENP está previsto en primer lugar para el registro electrónico del paciente. Para fines docentes, para la formación en enfermería o en atención a personas mayores o para la capacitación de profesionales en centros de cuidados en los que se enseña y se practica un análisis minucioso de los pasos del proceso enfermero, ENP puede brindar un gran apoyo, ya que gracias a los enlaces contenidos se pone a disposición del usuario el conocimiento enfermero actual. Tras la implementación en un software, los datos de pacientes se pueden consultar con rapidez y eficiencia; de ese modo también están a disposición para fines analíticos. En función del software utilizado, la realización y la visualización de ENP pueden variar notablemente⁹.

1.6 Los enlaces de ENP con otros instrumentos

ENP se realiza en una base de datos permitiendo la integración en productos de software como p. ej. registros electrónicos del paciente/residente/cliente. En el marco de la gestión de la base de datos, las notaciones (numeración inequívoca de los ítems) se asignan de manera automática. Cada ítem en el sistema ENP tiene una codificación inequívoca dentro de su grupo que también se mantiene estable de una versión a la siguiente. Tal notación permite el enlazamiento o «mapeamiento» del sistema de clasificación enfermera ENP con otros instrumentos y sistemas clasificatorios. Los instrumentos siguientes son o han sido enlazados con ENP:

- **CIE-10** (Clasificación internacional de Enfermedades) y **códigos OPS** (códigos alemanes de proceso del hospital) para una codificación optimizada de diagnósticos adicionales pertinentes para los cuidados en el hospital y para el apoyo de la codificación DRG.
- **LEP Nursing 3**, un sistema clasificatorio para la documentación de las prestaciones (de cuidados) en la sanidad. Las prestaciones y actividades contenidas en el método LEP llevan valores

⁹ Una idea de la realización software de ENP a modo de ejemplo ofrece la página web de la sociedad RECOM GmbH en <https://www.recom.eu/software/uebersicht.html>.

temporales normativos (véase p. ej. Baumberger & Raeburn, 2015) y son enlazadas a las intervenciones del catálogo ENP. De este modo no sólo se pueden utilizar los valores temporales propios de ENP (véase capítulo 4.7) p. ej. para la documentación de la carga de cuidados o para la generación de indicadores relevantes, pero también los valores temporales LEP. El mantenimiento del mapeo entre ENP y LEP Nursing se abandonó en el 2014.

- **PPR** (regulación de personal enfermero): Componente de la Ley alemana de estructura sanitaria (GSG) del 1992, la PPR servía para determinar la carga diaria en el cuidado estacionario, la base de cálculo orientada rendimiento para la necesidad de recursos humanos de enfermería. Por varias razones – entre otras las categorías de cuidados relativamente abstractas y los valores de minutos de cuidado entonces poco realistas, pero sobre todo por la demanda inmensa de personal en las clínicas alemanas dibujándose a base de los datos PPR (21.000 puestos a jornada completa entre 1993 y 1995) –, la PPR se suspendió en el 1996 para ser abandonada por completo el año siguiente. A pesar de ya no tener carácter obligatorio, sigue aplicándose hasta hoy en día en muchas clínicas como instrumento de planificación interna (Thomas et al., 2014; Wieteck & Kraus, 2016).
- **IDEA (Interdisciplinary Databased Electronic Assessment)**, un catálogo de anamnesis, interdisciplinario y electrónico, que permite recoger información anamnésica estructurada y estimar, a continuación, la necesidad previsible de actuar. IDEA se basa en una colección homogénea de información de pertinencia para la anamnesis, basada en el conocimiento y en la literatura especializada. Desde el punto de vista enfermero, los enlaces entre IDEA y ENP permiten deducir de manera automatizada diagnósticos enfermeros potencialmente pertinentes dado que el software concentra la información anamnésica en un proceso de fondo. Así, p. ej. un IMC > 30 (calculado automáticamente a partir de la altura y del peso) recogido en IDEA, en combinación con datos sobre el estado nutricional y las preferencias alimentarias, genera la proposición del diagnóstico enfermero «El paciente/residente/cliente presenta un comportamiento alimentario inadecuado». La decisión sobre si el diagnóstico enfermero ENP propuesto realmente corresponde a la situación de cuidados individual siempre incumbe a la persona cuidadora cualificada, apoyada en el proceso de toma de decisión por el mapeo de IDEA y ENP.
- Un **catálogo de índices (términos de búsqueda)** en forma de un sistema de búsqueda para el acceso rápido a diagnósticos enfermeros ENP durante la utilización electrónica. No sólo son enlazados con los diagnósticos enfermeros los términos textualmente contenidos, pero también sinónimos y términos coextensivos.
- **Criterios del servicio médico de los seguros médicos alemanes (MDK) para la clasificación de la necesidad de cuidados** (entre otros valores temporales y grados de dependencia). Frente a la segunda Ley alemana para la mejora de la atención a la dependencia (PSG II) en vigor desde enero de 2017, sustituyendo los tres niveles asistenciales por cinco grados de dependencia (véase p. ej. Kimmel & Breuninger, 2016), el mapeamiento de los criterios MDK con ENP se dejó de actualizar, dado que con las modificaciones implementadas por la ley PSG II ya no tienen pertinencia práctica. Al contrario de los niveles asistenciales anteriores (o bien los criterios MDK), los nuevos grados de dependencia en vigor desde enero 2017 no son directamente vinculados con ENP, pero el mapeo con la anamnesis IDEA (véase más arriba) y la evaluación de base (Basis-Assessment, BAss, cf. Pelchen et al., 2016) que va incluida en ello proporciona de manera indirecta la referencia a ENP.
- **Instrumentos de evaluación estandarizados** relacionados con distintos aspectos de asistencia clínica como el riesgo de caídas, el riesgo de úlceras por presión, la alimentación, la respiración; integrados en un registro electrónico del paciente/residente/cliente y mediante algoritmos orientados hacia el resultado generan según el puntaje obtenido sugerencias para diagnósticos enfermeros ENP potencialmente pertinentes. Si p. ej. la evaluación del riesgo de úlcera por presión con la escala de Braden da como resultado un puntaje de 14 y por lo tanto un riesgo moderado, se propondrá el diagnóstico enfermero ENP «El paciente/residente/cliente presenta un riesgo de úlcera por presión». Aquí también, la persona cuidadora cualificada decidirá si el diagnóstico enfermero propuesto se aplica realmente a la situación individual.

- **PKMS (registro de medidas complejas de atención enfermera)** así como otros códigos complejos para el apoyo automatizado de la documentación y la generación de códigos. Instrumento creado por el Consejo alemán de cuidados (DPR) para representar casos de pacientes necesitados de cuidados altamente complejos en el hospital; para esa clientela de pacientes, el código PKMS sirve de base para la facturación de los cuidados altamente complejos dentro del sistema G-DRG (excepción: no se codifican los días calendarios en unidad de cuidados intensivos). Se registran tanto las prestaciones del ámbito de los «cuidados generales» como las de los «cuidados específicos». Para poder aplicar el PKMS con un paciente recibiendo cuidados clínicos agudos, se requiere, por un lado, la presencia de uno de los motivos justificando cuidados altamente complejos en el sector respectivo, enumerados en el catálogo PKMS, y por el otro, el perfil de intervenciones de cuidados correspondiente. Si una o varias características son aplicables, se suman puntos por cada día calendario de la estadía. El puntaje total da lugar a un proceso OPS «9-20 ... Cuidados altamente complejos» si se ha alcanzado el puntaje fijado en el catálogo PKMS (Wieteck et al., 2017). Con una realización adecuada en los productos software, el mapeo entre ENP y PKMS facilita una codificación casi automatizada del PKMS a partir de la documentación estándar con ENP sin requerir formularios, máscaras de entrada o esfuerzos de recogida de datos adicionales.
- **Diagnósticos enfermeros NANDA-I:** Desde aprox. 40 años, la organización NANDA International (NANDA-I) se dedica a la formulación, el desarrollo y la validación de diagnósticos enfermeros (con características definitorias y factores relacionados) con el objetivo de representar el juicio diagnóstico clínico de personas cuidadoras en forma de una taxonomía estandarizada. Lenguaje enfermero reconocido y difundido a nivel internacional, NANDA-I enfoca exclusivamente los primeros pasos del proceso enfermero, es decir la recogida y el agrupamiento de información y su transformación en un juicio enfermero en cuanto a problemáticas pertinentes para el paciente/residente/cliente – el proceso diagnóstico. Por eso, la representación y documentación del proceso de cuidados en su totalidad mediante componentes estandarizados y clasificados (fijación de objetivos enfermeros a base de la diagnosis enfermera, planificación de intervenciones de cuidados adecuadas, realización de la atención cuidadora, evaluación del resultado) requiere otros sistemas clasificatorios mapeados con los contenidos de los diagnósticos enfermeros NANDA-I y cubriendo los siguientes pasos del proceso enfermero. Existen varios enfoques persiguiendo este fin. En el contexto de la utilización electrónica dentro de sistemas informáticos y para llenar el vacío en el proceso de cuidados arriba esbozado, todas las directrices prácticas ENP se mapearon con los diagnósticos enfermeros NANDA-I en el marco de un trabajo de investigación dedicado a la validación de ENP. Todas las directrices prácticas ENP asociadas mediante el mapeo a un diagnóstico enfermero NANDA-I se analizaron y los objetivos e intervenciones ENP correspondientes se enlazaron, tras la depuración de duplicados, en una nueva base de datos con los diagnósticos enfermeros NANDA-I. La base de datos resultante ofrece entonces al utilizador la totalidad de los diagnósticos enfermeros NANDA-I, completados de manera fundada por objetivos e intervenciones procedentes del catálogo ENP.

Varios estudios y tests prácticos han podido examinar un gran número de los enlaces con los instrumentos descritos (véase p. ej. Baltzer, Baumberger & Wieteck, 2006; Gärtner, 2006, 2008; Schmid, 2007; Schütze, 2006).

1.7 La difusión de ENP

Actualmente (mayo 2017) ENP se aplica en varias instituciones de asistencia domiciliar y residencial de la sanidad (hospitales, residencias asistenciales etc.) en Alemania, Austria, Luxemburgo e Italia, integrado en registros electrónicos del paciente o residente para la documentación del proceso de cuidados entero. ENP no sólo se utiliza con el registro electrónico GRIPS de la sociedad RECOM pero se realiza cada vez más en formato base de datos en varios productos software de otros fabricantes. Además, distintas organizaciones y centros de formación (continua) usan ENP junto a la forma electrónica también en

formato impreso, por ejemplo como ayuda a la formulación en la planificación manuscrita de los cuidados. Ese espectro amplio de formas de utilización y vías de difusión complica la cuantificación exacta del uso de ENP a nivel nacional e internacional. Sin embargo, intentamos a continuación dar una idea lo más precisa posible de la utilización de ENP en los países de habla alemana:

Alemania:

Una docena de hospitales y más de 300 servicios de cuidados a personas mayores, tanto domiciliarios como residenciales, utilizan ENP en varios productos software. Debido a la integración de ENP en forma de base de datos en productos software de terceros, no disponemos de cifras exactas; sin embargo, se puede presuponer que en Alemania por lo menos 35.000 personas cuidadoras trabajan con ENP. En hasta ahora cuatro centros de formación, ENP es un componente fijo del currículo. Además, sólo desde el año 2016, ENP ha sido distribuido en forma de un software didáctico gratuito (llamado «Entrenador ENP»¹⁰) a más de 3.000 personas cuidadoras en formación (continua).

Austria:

En Austria, 17 clínicas, más de 100 servicios de cuidados a domicilio y aprox. 60 residencias para personas mayores utilizan ENP en tres tipos de productos software. En cuanto al tamaño, los servicios de asistencia a domicilio en Austria no son comparables a los servicios de asistencia en Alemania. Los más de 100 servicios de asistencia a domicilio que trabajan con ENP cuentan más de 8.000 colaboradores que efectúan cada día la documentación del proceso enfermero con ENP.

Luxemburgo:

Tres hospitales de agudos, una clínica de rehabilitación, dos centros residenciales para personas mayores, así como los dos mayores proveedores de cuidados a domicilio (cuidando a casi el 90 % de todos los pacientes en Luxemburgo) usan ENP en dos tipos de productos software. En Luxemburgo también, los servicios de asistencia a domicilio tienen otra dimensión que los de Alemania, mucho más pequeños. Los dos servicios de asistencia domiciliaria emplean a más de 4.000 cuidadores que trabajan con ENP. En este caso, incluso las posiciones contables son mapeadas con ENP; de ese modo, la documentación diaria facilita la facturación de las prestaciones. Es de prever que la difusión de ENP en Luxemburgo, sobre todo en la atención hospitalaria y residencial, va a seguir aumentando; en la actualidad, varias organizaciones están analizando intensamente el sistema de clasificación de cuidados.

2. Modificaciones entre las versiones

A continuación, se explicarán las modificaciones de una versión ENP a la siguiente. Junto a los diagnósticos enfermeros recién añadidos y los retirados de servicio, se presentarán los diagnósticos sometidos a una profunda revisión del contenido mediante un trabajo bibliográfico y una consulta a expertos. Además de la revisión de los diagnósticos, se tomaron numerosas medidas de armonización y se ven integradas continuamente sugerencias manifestadas por los usuarios finales, tras una verificación científica. Asimismo, la estructura y la arquitectura de ENP no dejan de ser perfeccionadas.

2.1 Versiones ENP 2.0 (Wieteck, 2004b) hasta 2.4

No todas las versiones se publican en formato de libro. Entre las publicaciones de libros hay versiones adicionales en forma de base de datos. La prueba de campo de ENP en varias clínicas en el 2005 por ejemplo se realizó con la versión ENP 2.3. Durante y después de las pruebas prácticas en el cantón de San Galo se realizaron modificaciones centrales en ENP que a continuación se presentan de forma resumida.

¹⁰ Véase <https://www.recom.eu/get-enp.html>

Versión ENP 2.3 a 2.4

- Trabajos de jerarquización en el nivel de los diagnósticos enfermeros, desarrollo de la taxonomía ENP con el objetivo de obtener una estructura monojerárquica para la evaluación de datos.
- Trabajos de jerarquización en el nivel de los objetivos, desarrollo de una taxonomía meta.
- Trabajos de jerarquización en el nivel de las intervenciones.
- Control de los diagnósticos enfermeros respecto al nivel de abstracción vacilante y a solapamientos. A lo largo de esta revisión, 41 diagnósticos enfermeros fueron ensamblados, de la versión 2.3 (n=557 directrices prácticas) a la versión 2.4 (n=516), con otros diagnósticos.
- Apoyo de ENP por un trabajo bibliográfico adicional. Fuentes utilizadas para el apoyo de las directrices prácticas versión 2.0 (n= 279), incluyendo literatura especializada, libros de enseñanza y estudios; hasta la versión 2.5 las fuentes bibliográficas utilizadas se incrementaron hasta alcanzar el número de 520. Se intensificó el apoyo por la literatura internacional.
- Subsanación de lagunas identificadas en pruebas prácticas en cuanto a la integridad y el grado de detalle (véase p. ej. Kossaibati & Berthou, 2006).

2.2 Versión ENP 2.4 a 2.5 (2008/2009)

Nuevas directrices prácticas ENP (n=14)	
848	El residente/paciente/cliente presenta una desnutrición debido a un trastorno de la conducta alimentaria
849	El residente/paciente/cliente presenta una desnutrición debido a dificultades cognitivas
851	El residente/paciente/cliente presenta un riesgo de desnutrición debido a dificultades cognitivas
850	El residente/paciente/cliente presenta un riesgo de desnutrición
855	El residente/paciente/cliente presenta una alteración del bienestar debido a una alimentación por sonda
852	El residente/paciente/cliente no/difícilmente puede dirigir la atención al espacio o la parte del cuerpo contralesional (= negligencia)
853	El residente/paciente/cliente presenta una alteración de la capacidad de recibir información y procesarla
856	El residente/paciente/cliente presenta una alteración en la capacidad de adquirir competencias en el contexto de la capacidad de autocuidado, riesgo de ineficacia de la terapia
857	El residente/paciente/cliente presenta una úlceras de decúbito , hay una cicatrización alterada
858	El residente/paciente/cliente presenta una úlceras arterial (ulcus cruris arteriosum), hay una cicatrización alterada
859	El residente/paciente/cliente presenta una úlceras venosa (ulcus cruris venosum), hay una cicatrización alterada
861	El residente/paciente/cliente presenta una alteración del bienestar debido a una herida crónica
858	El residente/paciente/cliente presenta un síndrome del pie diabético , hay una cicatrización alterada
887	El residente/paciente/cliente presenta un riesgo de terapia ineficaz debido a la falta de informaciones/habilidades en cuanto a la diabetes/hipo-/hiperglucemia

Tabla 71: Nuevas directrices prácticas ENP versión 2.5

Directrices prácticas ampliamente revisadas (n=31)	
555	El residente/paciente/cliente presenta una desnutrición

558	El residente/paciente/cliente rechaza la ingestión de comida , hay un riesgo de desnutrición
554	El residente/paciente/cliente presenta un descuido en la alimentación , hay un riesgo de desnutrición
134	El residente/paciente/cliente presenta una pérdida de orina involuntaria (incontinencia de esfuerzo) debido al aumento de la presión abdominal
135	El residente/paciente/cliente presenta una necesidad de orinar imperativa unida a una pérdida de orina involuntaria (incontinencia de urgencia)
137	El residente/paciente/cliente presenta una pérdida de orina involuntaria (vaciado espontáneo reflejo) a intervalos regulares como consecuencia del llenado de la vejiga
138	El residente/paciente/cliente presenta un goteo urinario/una pérdida de orina involuntaria debido a la retención de orina crónica
574	El residente/paciente/cliente es incapaz de evitar una pérdida de orina involuntaria con un tracto urogenital intacto (incontinencia funcional)
130	El residente/paciente/cliente presenta una incontinencia urinaria (incontinencia mixta/forma de incontinencia no categorizada) (categoría residual)
845	El residente/paciente/cliente presenta una pérdida continua de orina debido a una incontinencia extrauretral
012	El residente/paciente/cliente es incapaz de lavarse autónomamente debido a una restricción de la movilidad
018	El residente/paciente/cliente es incapaz de lavarse autónomamente debido a una hemiplejia/-paresia
007	El residente/paciente/cliente es incapaz de lavarse autónomamente debido a una restricción de la resistencia física
027	El residente/paciente/cliente no debe esforzarse en los cuidados del cuerpo debido a un rendimiento cardíaco reducido , hay un déficit de autocuidado relativo al lavado del cuerpo
029	El residente/paciente/cliente no puede mantener los utensilios para el lavado del cuerpo debido a una restricción de la movilidad , hay un déficit de autocuidado relativo al lavado del cuerpo
022	El residente/paciente/cliente es incapaz de organizar autónomamente el lavado del cuerpo debido a una desorientación
011	El residente/paciente/cliente debe evitar los movimientos entre la pelvis y el tronco debido a una lesión de la columna vertebral , hay un déficit de autocuidado relativo al lavado del cuerpo
013	El residente/paciente/cliente es completamente dependiente en el lavado del cuerpo debido a una restricción cuantitativa de la conciencia
033	El residente/paciente/cliente no se lava de manera adecuada , hay un déficit de autocuidado relativo al lavado del cuerpo
016	El residente/paciente/cliente no puede efectuar los cuidados de las partes íntimas como de costumbre debido a una herida en las partes íntimas
001	El residente/paciente/cliente presenta una alteración en el lavado del cuerpo por otros motivos (categoría residual)
676	El residente/paciente/cliente presenta una herida crónica, hay una alteración de la cicatrización
339	El residente/paciente/cliente presenta una herida con cicatrización secundaria , hay una cicatrización alterada
331	El residente/paciente/cliente presenta una herida con cicatrización primaria , hay un riesgo de cicatrización alterada
278	El residente/paciente/cliente presenta un riesgo de complicaciones debido a una lesión cerrada en las extremidades

092	El residente/paciente/cliente presenta dificultades para ingerir comida debido al trastorno de la sensibilidad y a la hipotonía en una mitad de la cara
094	El residente/paciente/cliente presenta dificultades para ingerir comida debido a la dificultad para cerrar la boca , los alimentos se le salen de la boca
078	El residente/paciente/cliente presenta una alteración en el cuidado autónomo de las uñas
827	El residente/paciente/cliente presenta una alteración en el cuidado autónomo de los pies
069	El residente/paciente/cliente presenta una alteración en el cuidado autónomo del pelo

Tabla 8: Directrices prácticas ampliamente revisadas, versión 2.5

Directrices prácticas retiradas: (n=8)	
	El residente/paciente/cliente presenta una herida purulenta, riesgo de propagación de gérmenes
	El residente/paciente/cliente tiene un riesgo aumentado de daño a la piel por el uso de detergentes
	El residente/paciente/cliente presenta un riesgo aumentado de que se inflamen los ojos debido a una propagación de gérmenes al lavarse el cuerpo
	El residente/paciente/cliente no puede lavarse autónomamente el pelo
	El residente/paciente/cliente tiene las uñas de los pies largas y no se las puede cortar autónomamente
	El residente/paciente/cliente presenta una formación de callosidades fuertes en los pies, no las puede eliminar autónomamente
	El residente/paciente/cliente tiene suciedad en las uñas y no las puede limpiar autónomamente
	El residente/paciente/cliente presenta dificultades al beber debido a la dificultad para cerrar la boca , el líquido se le sale de la boca
	El residente/paciente/cliente presenta dificultades al comer/tragar la comida, la comida se acumula en el lado afectado de la boca

Tabla 6: Directrices prácticas retiradas, versión 2.5

Literatura consultada (n= 520)

2.3 Versión ENP 2.5 a 2.6 (2009 hasta mayo 2011)

Nuevas directrices prácticas ENP (n=25)	
867	El residente/paciente/cliente presenta una autolimpieza reducida de los pulmones (categoría residual)
868	El residente/paciente/cliente presenta una alteración en el cuidado autónomo de los ojos (categoría residual)
869	El residente/paciente/cliente presenta un riesgo de formación de atelectasia pulmonar/neumonía por otros motivos (categoría residual)
870	El residente/paciente/cliente presenta una alteración al tragar (categoría residual)
872	El residente/paciente/cliente presenta un riesgo de déficit hídrico/electrolítico (categoría residual)

873	La residente presenta un riesgo de dificultad para la lactancia (categoría residual)
877	La residente tiene dificultades al lactar (categoría residual)
878	El residente/paciente/cliente presenta un comportamiento alimentario inadecuado (categoría residual)
879	El residente/paciente/cliente presenta una alteración en la excreción de orina (categoría residual)
880	El residente/paciente/cliente presenta una alteración en la evacuación intestinal (categoría residual)
881	El residente/paciente/cliente presenta otras alteraciones en el cuidado del estoma
886	El residente/paciente/cliente presenta un riesgo de muerte súbita del lactante
892	El niño defeca involuntariamente con una edad superior a 4 años sin causas orgánicas (encopresis)
882	El familiar/la persona de referencia no puede realizar autónomamente el cuidado de dependencia
883	El familiar/la persona de referencia presenta un riesgo de no poder realizar autónomamente el cuidado de dependencia del afectado
894	El residente/paciente/cliente presenta una colonización/infección con gérmenes multirresistentes (GMR) , existe un riesgo de contagio de gérmenes
889	El residente/paciente/cliente presenta una crisis de hipertensión arterial debido a una disreflexia autonómica
893	El residente/paciente/cliente presenta un riesgo de disreflexia autonómica debido a una paraplejía
896	El residente/paciente/cliente presenta una alteración en la organización de la jornada/vida como consecuencia de un síndrome demencial
887	El residente/paciente/cliente presenta un riesgo de terapia ineficaz debido a la falta de informaciones/habilidades en cuanto a la diabetes/hipo-/hiperglucemia
891	El residente/paciente/cliente presenta un riesgo de retraso en el desarrollo
897	El residente/paciente/cliente presenta una alteración en la comunicación debido a los trastornos del lenguaje
898	El residente/paciente/cliente presenta una dermatitis asociada a excreción/incontinencia , existen dificultades de cicatrización
895	El residente/paciente/cliente presenta un nivel de actividad bajo , hay un riesgo de daños de la salud

Tabla 10: Nuevas directrices prácticas ENP versión 2.6

Las categorías residuales añadidas se complementaron en colaboración con las clínicas del proyecto. Se revelaron necesarias puesto que también existen, además de los diagnósticos enfermeros específicos ya precombinados, problemáticas enfermeras de otro tipo.

Directrices prácticas ampliamente revisadas (n=30)	
519	El residente/paciente/cliente presenta una infección/enfermedad sexual transmisible , existe un riesgo de contagio para la pareja sexual
354	El residente/paciente/cliente presenta un riesgo de hiper/hipoglucemia
383	El residente/paciente/cliente presenta una enfermedad infecciosa , hay un riesgo de un contagio para el entorno

263	El residente/paciente/cliente presenta una situación cardiovascular inestable debido a un rendimiento cardiovascular reducido
610	El residente/paciente/cliente presenta un riesgo de complicaciones cardiovasculares debido a un rendimiento cardiovascular reducido
261	El residente/paciente/cliente presenta un riesgo de complicaciones cardiovasculares debido a cambios circulatorios hipertensivos
260	El residente/paciente/cliente presenta un riesgo de complicaciones cardiovasculares debido a las modificaciones cardiovasculares hipotónicas
696	El niño se orina involuntariamente con una edad superior a 5 años sin causas orgánicas (enuresis)
160	El residente/paciente/cliente tiene un riesgo de úlcera de decúbito (adaptación a las directrices de expertos actuales)
103	El residente/paciente/cliente está alimentado por vía parenteral por tratamiento de perfusión , hay un riesgo de complicaciones debidos a la nutrición
097	El residente/paciente/cliente está alimentado por vía enteral con una sonda , hay dificultad en la ingestión de comida
326	El residente/paciente/cliente presenta un riesgo de sobre o subdosificación debido a un tratamiento de perfusión
651	El residente/paciente/cliente presenta un riesgo de complicaciones debido a un catéter venoso/un tratamiento por perfusión
451	El residente/paciente/cliente presenta una alteración en la organización autónoma de la jornada/vida debido a los procesos de degeneración asociada a la edad
535	El residente/paciente/cliente presenta una alteración en la organización de la jornada/vida debido a un trastorno del proceso mental
450	El residente/paciente/cliente presenta una alteración en la organización autónoma de la jornada/vida debido a un trastorno de orientación
634	El residente/paciente/cliente presenta una alteración en la organización de la jornada/vida debido a un trastorno de la memoria
793	El residente/paciente/cliente presenta un riesgo de complicaciones debido a un acceso arterial
627	El residente/paciente/cliente presenta un impulso disminuido , hay un riesgo de déficit de autocuidado
428	El residente/paciente/cliente tiene una relación estorbada con la realidad debido a la vivencia psicótica , hay un riesgo de déficit de autocuidado
429	El residente/paciente/cliente presenta una alteración en la estructuración de la jornada , hay un riesgo de déficit de autocuidado
426	El residente/paciente/cliente presenta una alteración en la organización de la vida , hay un riesgo de déficit de autocuidados
313	El residente/paciente/cliente presenta una alteración en la organización de la jornada/vida debido a un trastorno del yo
621	El residente/paciente/cliente presenta una alteración de la organización de la jornada/vida debido a pensamientos repetitivos que no se pueden parar por lógica/razón (pensamientos compulsivos)
425	El residente/paciente/cliente presenta una alteración en la organización autónoma de la jornada/vida debido a una minusvalía
152	El residente/paciente/cliente presenta una alteración en la organización de la vida debido a una enterostomía (salida intestinal artificial)

467	El residente/paciente/cliente presenta una alteración en la organización autónoma del tiempo libre
500	El residente/paciente/cliente presenta un comportamiento autolesivo repetido, hay una estrategia alterada de superar los problemas
684	El residente/paciente/cliente presenta un comportamiento de evitación debido a una falta de confianza en su propia fuerza física
131	El residente/paciente/cliente presenta un riesgo de dermatitis asociada a excreción/incontinencia

Tabla 11: Directrices prácticas ampliamente revisadas, versión 2.6

Directrices prácticas retiradas (n=9):	
188	El residente/paciente/cliente presenta un riesgo de colapso circulatorio en la realización de medidas de movilización (incorporado al diagnóstico hipotonía ID_260)
325	El residente/paciente/cliente presenta un riesgo de inflamación (de las venas) con un catéter venoso central (incorporado al diagnóstico hipotonía ID_651)
324	El residente/paciente/cliente presenta un riesgo de inflamación de las venas debido a una cánula permanente venosa (incorporado al diagnóstico hipotonía ID_651)
326	El residente/paciente/cliente presenta un riesgo de sobre o subdosificación debido a un tratamiento por perfusión (incorporado al diagnóstico hipotonía ID_651)
887	El residente/paciente/cliente presenta un riesgo de terapia ineficaz debido a la falta de informaciones/habilidades en cuanto a la diabetes/hipo-/hiperglucemia
082	El residente/paciente/cliente presenta una fijación de la sonda nasal , existe un riesgo de irritación cutánea (incorporado al diagnóstico ID_097)
098	El residente/paciente/cliente presenta problemas gastrointestinales debido a la alimentación por sonda (incorporado al diagnóstico ID_097)
106	El residente/paciente/cliente presenta una inestabilidad glucémica debido a diabetes , hay riesgo de hiper o hipoglucemia (incorporado al diagnóstico ID_354, este se abstraído)
107	El residente/paciente/cliente presenta un riesgo de no lograr los objetivos relativos a la salud debido a la falta de informaciones/habilidades en cuanto a la diabetes

Tabla 7: Directrices prácticas retiradas, versión 2.6

Literatura utilizada (n= 1018)

2.4 Versión ENP 2.6 a 2.7 (mayo 2011 hasta agosto 2012)

Un impulso esencial para el desarrollo realizado entre las versiones 2.6 y 2.7 se debe a dos proyectos de gran envergadura en el sector hospitalario. Por un lado, la representación de los «cuidados terapéuticos», por el otro las particularidades de las clínicas pediátricas. Además, trabajos de validación de ENP llevaron a la revisión de algunos caminos.

Nuevas directrices prácticas ENP (n=11)

898	El residente/paciente/cliente presenta una dermatitis asociada a la excreción/incontinencia , hay una cicatrización alterada
900	El residente/paciente/cliente no puede lavarse autónomamente debido a un trastorno de la integración sensorial
902	El residente/paciente/cliente presenta problemas de motricidad y/o de conducta en reacciones adaptativas relacionadas al entorno, percepción alterada/trastorno de la integración sensorial
903	El residente/paciente/cliente no presenta ninguna reacción a estímulos , alteración de la conciencia
901	El residente/paciente/cliente presenta un riesgo de irritaciones de la mucosa/puntos de presión debido a una placa paladar
905	El recién nacido representa un riesgo de hiperbilirrubinemia neonatal
904	El residente/paciente/cliente presenta un trastorno de la función renal/una insuficiencia renal , hay un trastorno metabólico
1017	El residente/paciente/cliente presenta un retraso en el desarrollo
1034	Los familiares/las personas de referencia no llevan a cabo la educación de manera que fomente el desarrollo , existe un riesgo de retraso en el desarrollo
1032	El residente/paciente/cliente presenta una alteración de la deglución debido a una alteración de la formación/del control/transporte del bolo alimenticio
1033	El residente/paciente/cliente presenta un riesgo de aspiración debido a una falta/insuficiencia de los reflejos protectores

Tabla 13: Nuevas directrices prácticas ENP versión 2.7

Directrices prácticas ampliamente revisadas (n=20)	
522	La residente/paciente/cliente presenta una alteración de la producción de leche materna , hay un riesgo de desnutrición del lactante
184	El residente/paciente/cliente está alterado en la capacidad de estar sentado autónomamente
712	El residente/paciente/cliente presenta una alteración en la capacidad de realizar autónomamente un cambio de posición en la cama
160	El residente/paciente/cliente presenta un riesgo de úlcera de decúbito
084	El residente/paciente/cliente presenta dificultades para comer/beber autónomamente
842	El residente/paciente/cliente no puede efectuar autónomamente los autocuidados en la nutrición debido a su desarrollo
849	El residente/paciente/cliente presenta una desnutrición debido a dificultades cognitivas
555	El residente/paciente/cliente presenta una desnutrición
851	El residente/paciente/cliente presenta un riesgo de desnutrición debido a dificultades cognitivas
608	El residente/paciente/cliente presenta una capacidad de transferencia alterada
015	El residente/paciente/cliente presenta un riesgo de complicaciones debido a una percepción reducida del cuerpo
309	El residente/paciente/cliente presenta un riesgo de complicaciones debido a un trastorno cuantitativo de la conciencia

411	El residente/paciente/cliente no puede recibir/tratar adecuadamente los estímulos del entorno , hay un riesgo de mal-interpretaciones
840	El residente/paciente/cliente presenta un desarrollo de sus capacidades/habilidades no conforme a la edad debido a un desarrollo alterado de los sistemas de percepción
537	El residente/paciente/cliente presenta dificultades para vestirse/desvestirse debido a una hemiplejía
529	El residente/paciente/cliente presenta dificultades para vestirse/desvestirse autónomamente por otros motivos
154	El residente/paciente/cliente presenta un riesgo de deficiencia renal
234	El residente/paciente/cliente presenta un riesgo de una atelectasia/neumonía debido a una disminución de la ventilación pulmonar
828	El residente/paciente/cliente presenta un riesgo de disminución de la ventilación pulmonar
359	El residente/paciente/cliente presenta un riesgo de complicaciones debido a una tasa de bilirrubina elevada
814	El residente/paciente/cliente presenta un riesgo de exclusión social debido a conductas que infringen las normas sociales vigentes
815	El residente/paciente/cliente presenta un comportamiento social modificado que infringe los principios de la norma debido a una relación padres-hijo alterada , hay un riesgo de exclusión social
748	El residente/paciente/cliente presenta un riesgo de retraso en el desarrollo debido a una separación de los padres/las personas de referencia
838	El residente/paciente/cliente presenta un riesgo de retraso en el desarrollo debido a un parto prematuro
891	El residente/paciente/cliente presenta un riesgo de retraso en el desarrollo
92	El residente/paciente/cliente presenta dificultades para ingerir comida debido a una hipotonía de la musculatura de las mejillas/los labios/la boca
681	El residente/paciente/cliente presenta una alteración de la ingestión de comida debido a dificultades para masticar
87	El residente/paciente/cliente se atraganta con frecuencia al ingerir comida, presenta dificultades en la deglución
90	El residente/paciente/cliente se atraganta con líquidos, presenta dificultades en la deglución
95	El residente/paciente/cliente presenta dificultades en la deglución debido una expulsión/un apretamiento de la lengua
96	El residente/paciente/cliente presenta dificultades en la deglución debido a una reducción/alteración del peristaltismo faríngeo/esofágico
870	El residente/paciente/cliente presenta otras/múltiples causas de las dificultades en la deglución

Tabla 14: Directrices prácticas ampliamente revisadas, versión 2.7

Directrices prácticas retiradas (n=5)	
811	El residente/paciente/cliente presenta un riesgo de exclusión social debido a un comportamiento social modificado que infringe los principios de las normas sociales vigentes
52	El residente/paciente/cliente presenta una alteración del reflejo de deglución, hay un riesgo de aspiración en el cuidado de la boca
88	El residente/paciente/cliente falta de reflejo de deglución, hay un riesgo de aspiración
89	El residente/paciente/cliente falta de reflejo de tos, nauseoso y deglución, hay un riesgo de aspiración de saliva

94	El residente/paciente/cliente presenta dificultades en la ingestión de comida debido a la dificultad para cerrar la boca, los alimentos se le salen de la boca
----	--

Tabla 8: Directrices prácticas retiradas, versión 2.7

Literatura utilizada (n= 1214)

Las directrices prácticas de la versión de entonces (2012) se apoyaban sobre la base de 1.214 fuentes bibliográficas nacionales e internacionales, entre ellas sistemas de reglas alemanes, directrices y recomendaciones como los estándares de expertos nacionales, directrices del MDS (servicio médico de los seguros de salud alemanes), particularidades legales etc.

2.5 Versiones ENP 2.7 hasta 2.9 (agosto 2012 hasta agosto 2014)

Esta fase de revisión dio como resultado – además de una amplia revisión sistemática, basada en la literatura, de cerca de un quinto de la parte diagnóstica de todas las directrices prácticas (título del diagnóstico, características y etiologías) – cuatro innovaciones de carácter estructural en el sistema de clasificación enfermera ENP, centrales en cuanto a la transparencia, la univocidad y el seguimiento:

- El desarrollo de una definición para cada diagnóstico enfermero ENP (cf. capítulo 1.2)
- La indicación del nivel de evidencia (LoE – Level of Evidence) tanto para cada diagnóstico enfermero como para la directriz práctica ENP entera, siguiendo el ejemplo de los criterios de NANDA International (cf. capítulo 3)
- La documentación del historial de revisión para cada directriz práctica, haciendo transparente el número y el momento de las revisiones, tanto para cada diagnóstico como para cada directriz práctica
- El establecimiento de textos explicativos (cuando sea necesario) para ítems en las categorías de las características, etiologías y recursos Se usan por ejemplo en el caso de términos técnicos en latín, términos ambiguos o poco comunes con la idea de levantar incertidumbres o llenar posibles lagunas del saber de parte de los usuarios de ENP.

Los siguientes recortes (figura 8 y tabla 16) de la documentación de revisión del equipo desarrollador ENP ilustran las modificaciones de la clase aseo personal/vestirse:

Tipo de texto	N° ID	Textos ENP relacionados al diagnóstico enfermero
	Historial de revisiones: 1994*, 2004, 2008 ; 2014	
	Directriz práctica ENP	Diagnóstico enfermero ENP
	Grado de evidencia: LOE 3.1	LOE 3.1
Clase	10.051	Aseo personal/vestirse
Categoría	10.468	Déficit de autocuidado Lavado del cuerpo
Diagnóstico enfermero	11	El residente debe evitar los movimientos entre la pelvis y el tronco debido a una lesión de la columna vertebral , hay déficit de autocuidado relativo al lavado del cuerpo
Definición		Es incapaz de/no debe lavar el cuerpo entero o partes del cuerpo en el lavado u otro puesto de lavado debido a una lesión de la columna vertebral (p. ej. por violencia o un tumor) unida a un riesgo de

			paraplejía y/o de deficiencia neurológica tras movimientos rotativos al nivel de la pelvis o del tronco (ICF [d510] washing oneself, ICNP [10020935] washing).
--	--	--	--

Figura 8: Recorte de una documentación de revisión del equipo desarrollador ENP: Definición del diagnóstico, grados de evidencia e historial como elementos añadidos en el 2014

ID	Característica	Texto explicativo
22.080	Agramatismo muy pronunciado	Designa un trastorno de la producción del habla que se caracteriza por la falta de estructuras gramaticales p. ej. se enhebran palabras de contenido sin enlace gramatical.
22.036	Flujo muy entrecortado del habla	
7.140	Dificultades acusadas para encontrar las palabras	
22.060	Usa expresiones hechas	
22.052	Usa expresiones huecas y/o estereotipos	
22.049	Neologismos fonemáticos	Vocablos nuevos que se distinguen por más de un fonema del fonema meta. La palabra «nueva» no existe en el lenguaje estándar y por tanto no tiene significado.
22.058	Parafasias fonémicas	Describe la alteración fonética de una palabra por sustitución, adición, omisión o inversión de ciertos sonidos (p. ej. «hospical» por «hospital»)
22.081	Parafasias semánticas ocasionales	Describe la aparición incorrecta de una palabra que presenta una similitud con la palabra meta a nivel del significado o bien una discrepancia drástica. Ej. «Hace 20 años que me casé con mi hermana.»
22.082	Conduite d'approche	Conducta de búsqueda. Designa el acercamiento progresivo, semántico o fonético, a la palabra buscada, p. ej. al designar
22.043	Gran esfuerzo al hablar	Dificultades de la motricidad del habla debido a una alteración de la articulación, de la fonación y/o del ritmo del habla

Tabla 16: Ejemplos de textos explicativos relativos a ítems ENP, en el caso presente de la categoría de las características

Los siguientes cuadros sinópticos presentan aquellas directrices prácticas ENP que han sido creadas, revisadas o retiradas entre las versiones ENP 2.7 y 2.9.

Nuevas directrices prácticas ENP (n=17)

LOE de la directriz	LOE del diagnóstico	Año de desarrollo	ID	Título del diagnóstico enfermero ENP 2.9
LOE 2.1	LOE 2.1	2014*	1080	El residente presenta un riesgo de alteración de la movilidad
LOE 2.1	LOE 2.1	2014*	1072	El residente presenta una alteración del bienestar (problema enfermero sin especificación)
LOE 2.1	LOE 2.1	2013*	1071	El residente presenta una alteración de la realización de actividades de la vida diaria
LOE 2.1	LOE 2.1	2013*	1070	El recién nacido representa una hiperbilirrubinemia neonatal
LOE 2.1	LOE 2.1	2013*	1068	El residente presenta un riesgo de alteración de la cicatrización debido al intertrigo
LOE 2.1	LOE 2.1	2013*	1067	El residente presenta una alteración del equilibrio electrolítico
LOE 2.1	LOE 2.1	2013*	1066	El residente presenta una reacción alérgica , hay un riesgo de choque anafiláctico
LOE 2.1	LOE 2.1	2013*	1064	El residente presenta un déficit hídrico
LOE 2.1	LOE 2.1	2013*	1063	El residente presenta un riesgo de complicaciones pulmonares debido a una intervención quirúrgica
LOE 2.1	LOE 2.1	2013*	1062	El residente presenta una respiración insuficiente
LOE 2.1	LOE 2.1	2012*	1041	El residente presenta un riesgo de complicaciones debido a una picadura de garrapata
LOE 2.1	LOE 2.1	2012*	1040	El residente presenta un riesgo de alteración del desarrollo debido a un descuido físico/médico
LOE 2.1	LOE 2.1	2012*	1039	El residente presenta un riesgo de alteración del desarrollo debido a un maltrato psíquico/emocional
LOE 2.1	LOE 2.1	2012*	1035	El residente presenta un riesgo de alteración del desarrollo debido a un maltrato físico
LOE 2.1	LOE 2.1	2012*	1038	El residente presenta un riesgo de alteración del desarrollo debido a una sospecha de maltrato sexual/violación
LOE 2.1	LOE 2.1	2012*	1037	El residente presenta un riesgo de alteración del desarrollo debido a un maltrato sexual/una violación
LOE 2.1	LOE 2.1	2012*	1037	El residente presenta un riesgo de maltrato físico

Tabla 17: Nuevas directrices prácticas ENP versión 2.9

Directrices prácticas ampliamente revisadas (n=112)

LOE de la directriz	LOE del diagnóstico	Actualización sistemática	ID	Título del diagnóstico enfermero ENP 2.9
---------------------	---------------------	---------------------------	----	--

LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2007, 2014	407	El residente presenta una alteración de la comunicación debido a una hipoacusia (sordera)
LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 2004, 2007, 2014	416	El residente presenta una alteración de la comunicación verbal debido a una afasia global
LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 2004, 2007, 2014	419	El residente presenta una alteración de la comunicación verbal debido a una afasia motriz (afasia de Broca)
LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 2004, 2007, 2014	417	El residente presenta una alteración de la comunicación verbal debido a una afasia sensorial (afasia de Wernicke)
LOE 2.1	LOE 2.3	1992*, 1994, 2003, 2008, 2014	412	El residente presenta una alteración de la comunicación verbal debido a una disminución de la resistencia/fuerza física
LOE 3.2	LOE 3.2	2006*, 2014	387	El residente presenta dificultades para expresar sus deseos/necesidades , hay un riesgo de que no se satisfagan adecuadamente
LOE 2.1	LOE 2.3	2000*, 2006, 2014	424	El residente presenta una alteración de la comunicación verbal debido a un trastorno del habla (alteración de las habilidades motrices articulatorias)
LOE 2.1	LOE 2.1	2010*; 2014	897	El residente presenta una alteración de la comunicación debido a un trastorno del lenguaje
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 2006, 2014	414	El residente es incapaz de establecer contacto como de costumbre , hay una alteración de la interacción
LOE 2.1	LOE 2.3	2005*, 2011, 2014	411	El residente es incapaz de percibir/asimilar adecuadamente los estímulos ambientales , hay un riesgo de malinterpretaciones
LOE 3.2	LOE 3.2	2000*, 2004, 2006, 2014	746	El residente presenta una alteración para establecer y sostener relaciones , hay una alteración de la interacción social
LOE 2.1	LOE 2.3	1993*, 2004, 2007; 2014	186	El residente presenta una alteración de la capacidad de marchar
LOE 2.1	LOE 2.3	1992*, 1994, 2004, 2008, 2014	193	El residente presenta una alteración de la marcha debido al uso inseguro de las ayudas de marcha
LOE 3.2	LOE 3.2	1992*, 2001, 2011, 2014	608	El residente presenta una alteración de la capacidad de transferencia
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 2004, 2007, 2011, 2014	181	El residente presenta una alteración en la capacidad de realizar autónomamente un cambio de posición en la cama
LOE 2.1	LOE 2.1	1989*, 1994, 2004, 2008, 2014	592	El residente es incapaz de moverse autónomamente con la silla de ruedas en su hábitat
LOE 3.2	LOE 3.2	2001*, 2004, 2008, 2014	648	El residente presenta una alteración de la movilidad debido a una disminución de la resistencia/fuerza física

LOE 2.1	LOE 2.3	1992*, 1994, 2004, 2007, 2014	179	El residente presenta una alteración de la movilidad debido a una amputación de una extremidad inferior
LOE 2.1	LOE 2.3	1990*, 1994, 2002, 2006, 2007, 2014	171	El residente presenta un riesgo de contractura
LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 1994, 2007, 2014	178	El residente presenta una alteración de movilidad debido a una contractura
LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 1994, 2004, 2008, 2014	165	El residente presenta un riesgo de trombosis debido a una inmovilidad/alteración de la movilidad
LOE 3.2	LOE 3.2	1992*, 1994, 2004, 2009, 2014	261	El residente presenta un riesgo de complicaciones cardiovasculares debido a cambios cardiovasculares hipertensivos
LOE 2.1	LOE 2.3	1993*, 1994, 2005, 2009; 2014	610	El residente presenta un riesgo de falla cardiovascular debido a una insuficiencia cardíaca
LOE 2.1	LOE 2.3	1989*, 1994, 2004, 2011, 2014	234	El residente presenta un riesgo de atelectasia/neumonía debido a una disminución de la ventilación pulmonar
LOE 3.2	LOE 3.2	2005*, 2007, 2014	347	El residente presenta una alteración de la toma autónoma de medicamentos , hay un riesgo de terapia ineficaz
LOE 3.2	LOE 3.2	1992*, 2004, 2008, 2011, 2014	688	El residente presenta un riesgo de aspiración
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2004, 2008, 2014	12	El residente es incapaz de lavarse debido a una restricción de la movilidad
LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 1994, 2004, 2008; 2014	22	El residente es incapaz de organizar de manera autónoma el lavado del cuerpo debido a una desorientación
LOE 3.1	LOE 3.1	1991*, 1994, 2004, 2008, 2014	33	El residente no realiza el lavado de cuerpo de manera adecuada debido a una auto-negligencia (self-neglect)
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2004, 2008, 2014	7	El residente es incapaz de lavarse de manera autónoma debido a una restricción de la resistencia física
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2003, 2007, 2014	18	El residente es incapaz de lavarse de manera autónoma debido a una hemiplejia/hemiparesia
LOE 3.1	LOE 3.1	1991*, 2000, 2004, 2008, 2014	13	El residente es completamente dependiente en el lavado del cuerpo debido a una restricción cuantitativa de la conciencia
LOE 3.1	LOE 3.1	2001*, 2004, 2008, 2014	536	El residente es incapaz de ducharse/bañarse de manera autónoma
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1994, 2004, 2007, 2009, 2014	37	El residente presenta una alteración del cuidado autónomo de la boca

LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1994, 2004, 2009, 2014	46	El residente lleva una prótesis dental y es incapaz de realizar el cuidado de la boca/prótesis dental de manera autónoma
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1994, 2004, 2008, 2014	69	El residente presenta una alteración en el cuidado autónomo del pelo
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2004, 2007, 2014	72	El residente presenta una alteración en el afeitado/cuidado de la barba autónomo
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1994, 2004, 2009, 2014	78	El residente presenta una alteración en el cuidado autónomo de las uñas
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2004, 2009*, 2014	827	El residente presenta una alteración en el cuidado autónomo de los pies
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2003, 2007, 2014	63	El residente presenta un riesgo de daño a la piel debido a una piel seca
LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 1994, 2004, 2008, 2014	66	El residente presenta un riesgo de daño a la piel debido a una propensión al intertrigo
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2004, 2011, 2014	84	El residente presenta dificultades para comer/beber debido a una alteración de su autonomía
LOE 3.2	LOE 3.2	2002*, 2004, 2008, 2014	554	El residente presenta un descuido alimenticio (self-neglect), hay un riesgo de malnutrición
LOE 2.1	LOE 2.3	2003*, 2008; 2014	559	El residente presenta un riesgo de desarrollar obesidad debido a una deficiencia del comportamiento alimentario
LOE 3.2	LOE 3.2	2002*, 2008, 2014	562	El residente presenta un riesgo de déficit hídrico debido a una oligodipsia/adipsia (disminución/ausencia de la sensación de sed)
LOE 2.1	LOE 2.3	2009*, 2014	872	El residente presenta un riesgo de déficit hídrico/electrolítico
LOE 2.1	LOE 2.3	2008*, 2014	850	El residente presenta un riesgo de desnutrición
LOE 2.1	LOE 2.3	2008*; 2014	851	El residente presenta un riesgo de malnutrición debido a una alteración cognitiva
LOE 3.2	LOE 3.2	2004*, 2007, 2008, 2014	558	El residente rechaza la ingestión de comida , hay un riesgo de desnutrición
LOE 3.1	LOE 3.1	2004*; 2008, 2014	555	El residente presenta una desnutrición
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 2003, 2009; 2014	97	El residente recibe alimentación enteral por sonda , hay una alteración en la ingestión de comida
LOE 3.1	LOE 3.1	1989*, 2003, 2009, 2011; 2014	87	El residente se atraganta con frecuencia al ingerir comida, presenta dificultades de deglución en la fase de transporte oral/faríngea

LOE 3.1	LOE 3.1	1989*, 2003, 2009, 2011; 2014	90	El residente se atraganta al ingerir bebidas exclusivamente , presenta dificultades de deglución en la fase de transporte oral/faríngea
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2004, 2008, 2014	127	El residente presenta una alteración en su autonomía para eliminar orina/heces
LOE 3.2	LOE 3.2	2003*, 2006, 2014	132	El residente no llega a tiempo a los servicios debido a una alteración de la movilidad , hay un riesgo de enuresis
LOE 3.2	LOE 3.2	2003*, 2006, 2008; 2012, 2014	130	El residente presenta una pérdida involuntaria de orina (incontinencia mixta) debido a una hiperactividad del detrusor y una insuficiencia del aparato esfinteriano
LOE 3.2	LOE 3.2	2006*, 2008, 2012, 2014	574	El residente es incapaz de evitar una pérdida involuntaria de orina con un tracto urogenital intacto (incontinencia funcional)
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 2003, 2006, 2008, 2012, 2014	134	El residente presenta una pérdida involuntaria de orina (incontinencia de esfuerzo) debido a una insuficiencia del aparato esfinteriano con un aumento de la presión abdominal
LOE 3.2	LOE 3.2	2003*, 2006, 2008, 2012, 2014	137	El residente presenta una pérdida involuntaria de orina (incontinencia refleja) debido a contracciones involuntarias del detrusor que no se pueden inhibir
LOE 3.2	LOE 3.2	2003*, 2006, 2008, 2012, 2014	135	El residente presenta una pérdida involuntaria de orina (incontinencia de urgencia) debido a una necesidad fuerte/imperiosa de orinar
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 2003, 2006, 2012, 2014	143	El residente presenta un riesgo de disminución de la frecuencia de la defecación (riesgo de estreñimiento)
LOE 3.2	LOE 3.2	2003*, 2006, 2012, 2014	576	El residente presenta una disminución de la frecuencia de defecación acompañada por heces duras/secas (estreñimiento)
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 2003, 2006, 2012, 2014	145	El residente presenta una pérdida involuntaria de heces (incontinencia fecal)
LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 1994, 2003, 2006, 2012, 2014	321	El residente presenta un riesgo de infección urinaria ascendente debido a un catéter urinario permanente transuretral
LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 2003, 2006, 2012, 2014	322	El residente presenta un riesgo de infección de los órganos eliminatorios debido a un catéter urinario suprapúbico
LOE 3.2	LOE 3.2	1992*, 1994, 2004, 2007, 2011, 2014	529	El residente presenta dificultades para vestirse/desvestirse autónomamente
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1994, 2004, 2008, 2014	170	El residente es incapaz de ponerse/quitar las medias compresivas autónomamente, hay un déficit de autocuidado al vestirse

LOE 2.1	LOE 2.3	2001 *, 2004, 2007, 2014	530	El residente no muestra ningún interés por tener su ropa limpia/cuidada , hay un riesgo de auto-negligencia (self-neglect) en el ámbito de la ropa/aspecto físico
LOE 2.1	LOE 2.3	1991 *, 1994, 2004, 2008, 2014	537	El residente presenta dificultades para vestirse/desvestirse autónomamente debido a una hemiplejía
LOE 3.2	LOE 3.2	1990 *, 1995, 2004, 2014	299	El residente es incapaz de dormir sin interrupción , hay un riesgo de déficit de sueño
LOE 3.2	LOE 3.2	1990 *, 1995, 2004, 2007, 2014	282	El residente presenta dificultades para quedarse dormido , hay un riesgo de déficit de sueño
LOE 2.1	LOE 2.3	1991 *, 1995, 2003, 2007, 2014	479	El residente es incapaz de relajarse
LOE 2.1	LOE 2.3	1992 *, 1994, 2003, 2007, 2009, 2014	467	El residente presenta una alteración en la organización autónoma del ocio
LOE 2.1	LOE 2.1	2006 *, 2009, 2014	451	El residente presenta una alteración en la organización autónoma de la jornada/vida debido a los procesos de degeneración asociada a la edad (síndrome de frailty)
LOE 2.1	LOE 2.3	2006 *, 2010, 2014	450	El residente presenta una alteración en la organización autónoma de la jornada/vida debido a un trastorno de orientación
LOE 2.1	LOE 2.1	2006 *, 2009, 2014	634	El residente presenta una alteración en la organización de la jornada/vida debido a un trastorno de la memoria
LOE 2.1	LOE 2.3	2006 *, 2009, 2014	535	El residente presenta una alteración en la organización de la jornada/vida debido a un trastorno del proceso mental
LOE 2.1	LOE 2.1	2006 *, 2009, 2014	896	El residente presenta una alteración en la organización de la jornada/vida debido a un síndrome demencial
LOE 2.1	LOE 2.1	1993 * 2003, 2009, 2014	452	El residente presenta una alteración en la organización autónoma de la jornada/vida debido de una discapacidad
LOE 2.1	LOE 2.1	2003 *, 2007, 2014	547	El residente presenta una alteración de su bienestar debido a dificultades para cuidar su aspecto físico
LOE 3.2	LOE 3.2	1990 *, 1994, 2004, 2008, 2014	187	El residente presenta un riesgo de caída
LOE 2.1	LOE 2.1	2005 *, 2007, 2014	203	El residente presenta una alteración del control postural/equilibrio y un riesgo de caída debido a la enfermedad de Parkinson
LOE 2.1	LOE 2.3	1993 *, 2004, 2007, 2014	216	El residente presenta un riesgo de caída debido a una alteración del equilibrio al andar/estar de pie/estar sentado

LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1995, 2003, 2007, 2010, 2012, 2014	160	El residente presenta un riesgo de úlcera de decúbito
LOE 2.1	LOE 2.3	1991*, 1995, 2004, 2007, 2014	431	El residente se retira de la vida social, hay un riesgo de aislamiento social
LOE 2.1	LOE 2.1	2001*, 2008, 2014	429	El residente presenta una alteración en la estructuración de la jornada , hay un riesgo de déficit de autocuidado
LOE 2.1	LOE 2.3	2002*, 2008, 2014	626	El residente presenta la tendencia a escaparse , hay un riesgo de autopuesta en peligro
LOE 2.1	LOE 2.1	2003*, 2007, 2014	217	El residente presenta una alteración de la orientación espacial debido a trastornos del equilibrio
LOE 3.2	LOE 3.2	2002*, 2005, 2008, 2014	317	El residente presenta un riesgo de auto/heteropuesta en peligro debido a un trastorno de orientación
LOE 2.1	LOE 2.3	2005*, 2008, 2014	743	El residente presenta un comportamiento poniendo en peligro agudo a sí mismo/los demás
LOE 3.2	LOE 3.2	1990* 2003, 2007 2014	489	El residente presenta dolores agudos
LOE 3.2	LOE 3.2	2003*, 2007, 2014	645	El residente presenta dolores crónicos
LOE 2.1	LOE 2.3	1991*, 2004, 2007, 2014	493	El residente presenta dolores del aparato locomotor
LOE 2.1	LOE 2.3	1991*, 2004, 2007, 2014	491	El residente presenta dolores articulares con alteraciones funcionales/motrices
LOE 2.1	LOE 2.3	1990*, 1994, 2004, 2009, 2014	354	El residente presenta un riesgo de hiper/hipoglicemia
LOE 2.1	LOE 2.3	2003*, 2006, 2009, 2014	676	El residente presenta una herida crónica , hay un riesgo de alteración de la cicatrización
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1994, 2004, 2014	497	El residente tiene miedo , siente una amenaza real/ficticia
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1994, 2004, 2014	190	El residente tiene miedo de caerse
LOE 2.1	LOE 2.3	1990*, 1994, 2004, 2014	498	El residente tiene miedo de caerse de la cama
LOE 2.1	LOE 2.3	2004*, 2008, 2014	703	El residente sufre de estados de inquietud (agitación)
LOE 2.1	LOE 2.3	1991*, 2004, 2007, 2014	464	El residente siente aburrimiento debido a la falta de tareas útiles
LOE 2.1	LOE 2.3	2004*, 2008, 2014	503	El residente sufre de nostalgia

LOE 2.1	LOE 2.1	1989*, 1994, 2004, 2008, 2014	68	El residente presenta una alteración del bienestar debido a prurito
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2004, 2008, 2014	39	El residente presenta una disminución de la masticación/salivación , hay un riesgo de candidiasis y parotiditis
LOE 2.1	LOE 2.1	1991*, 1994, 2004, 2008, 2014	131	El residente presenta un riesgo de dermatitis asociada a la excreción/incontinencia
LOE 3.2	LOE 3.2	2005*, 2006, 2008, 2011, 2014	857	El residente presenta una úlcer de decúbito , hay una alteración de la cicatrización
LOE 3.2	LOE 3.2	2003*, 2008, 2014	622	El residente presenta un riesgo de aumento del volumen hídrico (extracelular/intravascular)
LOE 2.1	LOE 2.1	2003*, 2008, 2011, 2014	887	El residente presenta un riesgo de terapia ineficaz debido a la falta de informaciones/habilidades en cuanto a la diabetes/hipoglucemia/hiperglucemia
LOE 2.1	LOE 2.3	2006*, 2011, 2014	569	El residente presenta un riesgo de daño a la piel debido a una piel sensible/fina
LOE 2.1	LOE 2.3	2006*, 2009, 2014	383	El residente presenta una enfermedad infecciosa , hay un riesgo de un contagio para el entorno
LOE 2.1	LOE 2.1	2009*, 2014	894	El residente presenta una colonización/infección por gérmenes multirresistentes (GMR), hay un riesgo de proliferación de gérmenes
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 2003, 2006, 2009, 2014	339	El residente presenta una herida con cicatrización secundaria, hay una alteración de la cicatrización

Tabla 18: Directrices prácticas ampliamente revisadas, versión 2.9

Directrices prácticas retiradas (n=13)

Durante la revisión de ENP, los siguientes diagnósticos fueron ensamblados con otros diagnósticos o transformados en nuevos diagnósticos.

ID	Título del diagnóstico enfermero ENP
52	El residente presenta un reflejo de deglución reducido, hay un riesgo de aspiración al cuidado bucal
88	El residente carece de reflejo de deglución, hay un riesgo de aspiración
89	El residente carece de reflejo de tos, náusea y deglución, hay un riesgo de aspiración de saliva
94	El residente presenta dificultades en la ingestión de comida debido a la dificultad para cerrar la boca, los alimentos se le salen de la boca
561	El residente presenta un riesgo de déficit hídrico

654	El residente debe seguir una dieta pobre en proteínas debido a una intolerancia, hay un riesgo de complicaciones debido a la alimentación
828	El residente presenta un riesgo de disminución de la ventilación pulmonar
235	El residente respira superficialmente y es incapaz de efectuar los ejercicios de respiración activos, hay un riesgo de una atelectasia/neumonía
249	El residente es incapaz de expectorar a causa de una alteración del cierre de la glotis, hay un riesgo de atelectasia/neumonía
198	El residente presenta una alteración en su libertad de movimientos debido a factores externos
206	El residente presenta una alteración de la movilidad debido a un dolor al esfuerzo
647	El residente presenta una restricción de la movilidad postoperatoria
490	El residente presenta dolores articulares con dolor inicial

Tabla 19 **Fehler! Textmarke nicht definiert.**: Directrices prácticas retiradas, versión 2.9

Literatura consultada (n= 3.545)

Las directrices prácticas de la versión 2.9 (2014) se apoyan sobre la base de 3.545 fuentes bibliográficas nacionales e internacionales. Entre ellas figuran sistemas de reglas alemanes, directrices y recomendaciones como por ejemplo los estándares de expertos nacionales y numerosas directrices internacionales.

2.6 Versión ENP 2.9 a 2.10 (septiembre 2014 hasta mayo 2017)

Durante la fase de revisión entre las versiones ENP 2.9 y 2.10, un gran esfuerzo se invirtió, además de las revisiones del contenido del catálogo ENP, en la mejora metodológica del proceso de desarrollo ENP y en la creación de una opción de validar los contenidos creados o revisados, adecuada tanto al nivel metodológico como práctico (cf. capítulos 1.4.2 y 1.4.3); esa búsqueda de optimización implicaba la inversión de muchos recursos en los trabajos de estructura y de contenido.

Las tablas siguientes listan las directrices prácticas ENP que han visto cambios del contenido, mejoras terminológicas o se añadieron a la versión 2.10¹¹. Gran parte de las modificaciones o innovaciones se debe a sugerencias de parte de los usuarios que trabajan cada día con ENP en la práctica de los cuidados. Para mayor información acerca de las modificaciones a nivel de los ítems, una documentación detallada de las modificaciones realizadas se pone a su disposición para cada directriz práctica revisada a demanda. Entre las versiones ENP 2.9 y 2.10, no se retiraron directrices prácticas.

Nuevas directrices prácticas ENP (n=5)

LOE de la directriz	LOE del diagnóstico	ID	Título del diagnóstico enfermero ENP
LOE 2.1	LOE 2.1	1081	El residente presenta una alteración de la interacción debido a patrones inadecuados de reacción emocional/afectiva

¹¹ Las tablas no contienen aquellas modificaciones terminológicas o de contenido de algunos ítems que se han realizado sin relación con el contexto/tema en una o varias directrices prácticas.

LOE 2.1	LOE 2.1	1082	El residente presenta una alteración de la comunicación debido a un trastorno formal del pensamiento
LOE 2.1	LOE 2.1	1084	El residente presenta un trastorno del vaciamiento vesical/una incontinencia urinaria , hay una alteración del comportamiento de búsqueda de ayuda
LOE 2.1	LOE 2.1	1120	El residente presenta una urostomía (desviación urinaria quirúrgica), hay un déficit de autocuidado del cuidado/de la gestión del estoma
LOE 2.1	LOE 2.1	1121	El residente presenta un riesgo de desarrollar complicaciones estomales

Tabla 20: Nuevas directrices prácticas ENP versión 2.10

Directrices prácticas ampliamente revisadas (n=13)

LOE de la directriz	LOE del diagnóstico	ID	Título del diagnóstico enfermero ENP
LoE 3.2	LoE 3.2	149	El residente presenta una enterostomía (salida intestinal artificial), hay un déficit de autocuidado del cuidado/de la gestión del estoma (antes: El residente presenta un déficit de autocuidado del cuidado/de la gestión del estoma)
LoE 2.1	LoE 2.1	148	El residente va a recibir un estoma , hay una necesidad de información (antes: El residente va a recibir una enterostomía (salida intestinal artificial), hay una necesidad de información)
LoE 2.1	LoE 2.1	153	El residente presenta una colostomía (salida intestinal artificial), carece de información/capacidades para realizar la irrigación autónomamente (antes: El residente presenta una enterostomía (salida intestinal artificial), carece de información/capacidades para realizar la irrigación autónomamente)
LoE 3.2	LoE 3.2	268	El residente presenta fiebre (pirexia), hay un riesgo de complicaciones (antes: El residente presenta hipertermia , hay un riesgo de complicaciones)
LoE 2.1	LoE 2.1	580	El residente presenta una alteración cutánea en la zona del estoma, hay una alteración del cuidado del estoma (antes: El residente presenta una alteración cutánea en la zona de la enterostomía, hay una alteración del cuidado del estoma)
LoE 2.1	LoE 2.1	581	El residente presenta una necrosis del estoma , hay una alteración del cuidado del estoma
LoE 2.1	LoE 2.1	582	El residente presenta una retracción del estoma , hay una alteración del cuidado del estoma
LoE 2.1	LoE 2.1	583	El residente presenta un prolapso del estoma , hay una alteración del cuidado del estoma
LoE 2.1	LoE 2.1	584	El residente presenta una hernia paraestomal , hay una alteración del cuidado del estoma
LoE 2.1	LoE 2.1	674	El residente presenta una alteración de la capacidad de adaptarse al estado de salud alterado
LoE 2.1	LoE 2.1	881	El residente presenta otro tipo de estoma problemático que altera el cuidado del estoma

			(antes: El residente presenta otras alteraciones en el cuidado del estoma)
LoE 2.1	LoE 2.1	1063	El residente presenta un riesgo de complicaciones respiratorias debido a una intervención quirúrgica
LoE 3.2	LoE 3.2	134	El residente presenta una pérdida involuntaria de orina (incontinencia de esfuerzo) debido a una insuficiencia del aparato esfinteriano con un aumento de la presión abdominal

Tabla 21: Directrices prácticas ampliamente revisadas, versión 2.10

Directrices prácticas puntualmente revisadas en términos de terminología y/o contenido (n=19)

LOE de la directriz	LOE del diagnóstico	ID	Título del diagnóstico enfermero ENP
LOE 2.1	LOE 2.1	68	El residente presenta una alteración del bienestar debido a prurito
LOE 3.2	LOE 3.2	130	El residente presenta una pérdida involuntaria de orina (incontinencia mixta) debido a una hiperactividad del detrusor y una insuficiencia del aparato esfinteriano
LOE 3.2	LOE 3.2	137	El residente presenta una pérdida involuntaria de orina (incontinencia refleja) debido a contracciones involuntarias del detrusor que no se pueden inhibir
LOE 2.1	LOE 2.1	138	El residente presenta una retención crónica de orina y una pérdida de orina involuntaria (incontinencia por rebosamiento)
LOE 2.1	LOE 2.1	151	El residente presenta una micosis (infección por hongos) en la zona de la enterostomía , hay una alteración del cuidado del estoma
LOE 2.1	LOE 2.1	160	El residente presenta un riesgo de úlcera de decúbito
LOE 2.1	LOE 2.1	359	El residente presenta una ictericia debido a una tasa de bilirubina elevada
LOE 2.1	LOE 2.1	369	El residente presenta un riesgo de aspiración debido a (tendencia al) vómito tras una intervención quirúrgica (PONV = postoperative nausea and vomiting)
LOE 2.1	LOE 2.1	383	El residente presenta una enfermedad infecciosa , hay un riesgo de contagio de gérmenes
LOE 3.2	LOE 3.2	574	El residente es incapaz de evitar una pérdida involuntaria de orina con un tracto urogenital intacto (incontinencia funcional)
LOE 2.1	LOE 2.1	696	El niño se orina involuntariamente con una edad superior a 5 años sin causas orgánicas (enuresis)
LOE 2.1	LOE 2.1	706	El residente presenta una alteración actual del bienestar debido a náusea
LOE 2.1	LOE 2.1	905	El recién nacido presenta un riesgo de ictericia del recién nacido

LOE 2.1	LOE 2.1	1070	El recién nacido presenta una ictericia del recién nacido , hay un riesgo de complicaciones
LOE 3.2	LOE 3.2	165	El residente presenta un riesgo de trombosis venosa debido a una inmovilidad/alteración de la movilidad
LOE 2.1	LOE 2.1	279	El residente presenta un riesgo de trombosis venosa debido a una varicosis
LOE 2.1	LOE 2.1	591	El residente presenta otros factores de riesgo favoreciendo el riesgo de trombosis
LOE 2.1	LOE 2.1	859	El residente presenta una úlcera venosa (ulcus cruris venosum), hay una cicatrización alterada
LOE 3.2	LOE 3.2	135	El residente presenta una pérdida involuntaria de orina (incontinencia de urgencia) asociada a una necesidad fuerte/imperiosa de orinar

Tabla 22: Directrices prácticas puntualmente revisadas en términos de terminología y/o contenido, versión 2.10

Hasta mayo 2017, las **557 directrices prácticas ENP de la versión 2.10 están fundadas en el análisis de un total de aprox. 3.960 publicaciones**. Para realizar las modificaciones del contenido de ENP entre las versiones 2.9 y 2.10, se recurrió a cerca de 410 publicaciones nacionales e internacionales, sistemáticamente seleccionadas.

2.7 Perspectiva: ENP versión 3.0 (prevista para finales de 2018/principios de 2019).

La publicación de una nueva versión mayor de ENP, prevista para finales de 2018 o principios de 2019, va a aportar – además del desarrollo del contenido a base de la retroalimentación de los usuarios, del análisis de bases de datos de usuarios, de nuevos conocimientos científicos y del avance del apoyo en pruebas de las directrices prácticas ENP existentes – señaladamente la finalización de dos aspectos estructurales:

- La creación sistemática de una definición para cada diagnóstico enfermero que aún no haya recibido una en el contexto de las revisiones realizadas desde 2014. Las definiciones de diagnósticos enfermeros ENP formuladas en este período se analizaron otra vez en cuanto a su actualidad y exactitud para asegurar una descripción precisa de las nociones conceptuales empleadas en los diagnósticos y de sus relaciones.
- La indicación de un nivel de evidencia (cf. capítulo 3) relativo, por un lado, a cada diagnóstico enfermero ENP con sus características, etiologías y recursos, y por el otro, a cada directriz práctica ENP en su totalidad (es decir, incluyendo también los objetivos y las intervenciones ENP). El objetivo de estas medidas es crear transparencia para el catálogo ENP entero en cuanto al estado de desarrollo, al grado de cimentación científica y al estado de validación de cada diagnóstico y cada directriz práctica ENP.

Las directrices prácticas ENP asociadas, entre otras, a las siguientes temáticas clínicas están sometidas a desarrollos y revisiones o van a serlo (situación en mayo 2017):

- Trastorno de deglución
- Respiración
- Demencia
- Fatiga crónica

3. Nivel de evidencia de los diagnósticos y directrices prácticas ENP

Con los trabajos de revisión iniciados en el 2014, se comenzó a elaborar e indicar el nivel de evidencia para los diagnósticos y directrices prácticas ENP. Desde el principio, el desarrollo buscó asegurar la comparabilidad de los niveles de evidencia con los de otros sistemas clasificatorios y crear la mayor transparencia posible de los estados de desarrollo, revisión y validación de los diagnósticos y directrices prácticas ENP frente a todos los interesados. Ante este trasfondo, los niveles de evidencia (Level of Evidence, LoE) de ENP toman como referencia los criterios clasificatorios de NANDA International (cf. Herdman & Kamitsuru, 2016, p. 496-498), aunque algunos aspectos críticos de esa sistemática se pueden discutir¹². De ese modo se garantiza que el valor informativo de diagnósticos enfermeros perteneciendo a distintos sistemas clasificatorios se puede comparar. La indicación de niveles de evidencia se continúa sucesivamente en el marco de los trabajos de desarrollo y se efectúa por separado tanto para el enunciado diagnóstico (diagnóstico con su definición, características, etiologías y recursos) como para la directriz en su totalidad (incluyendo los objetivos e intervenciones). El listado siguiente presenta los niveles de evidencia de ENP de modo más detallado:

1 Desarrollo de una nueva directriz práctica

Por regla general, el desarrollo de una directriz práctica ENP es inductivo, es decir, los cuidadores que trabajan con ENP identifican un vacío en el catálogo. A menudo, el camino del desarrollo se inicia con la identificación de un fenómeno pertinente en la práctica de los cuidados. El resultado se consensúa con la práctica enfermera. Después, el diagnóstico se integra al catálogo ENP. Con menos frecuencia, el desarrollo de una directriz práctica ENP se debe a análisis bibliográficos, desarrollos de la política sanitaria u otros impulsos externos a la práctica de los cuidados. En tal caso, se elabora una propuesta de desarrollo (cf. LoE 1.1/1.2/1.3) que se discute y evalúa enseguida por expertos competentes de la práctica clínica.

1.1 Título del diagnóstico enfermero únicamente (solicitud de desarrollo)

El tema así que las nociones conceptuales esenciales del diagnóstico enfermero ENP se han aclarado con precisión y con apoyo bibliográfico. Las normas sintácticas y estructurales se han comprobado. Se han examinado y evitado esencialmente los posibles entrecruzamientos con otras directrices prácticas ENP.

1.2 Diagnóstico enfermero con definición, características, etiologías y recursos (solicitud de desarrollo)

El diagnóstico enfermero ENP se formula con precisión, la definición corresponde al título. La definición se diferencia terminológicamente de los conceptos centrales del título del diagnóstico en el sentido de una descripción y paráfrasis. El diagnóstico, la definición, así como las características, etiologías y recursos elaborados en esa fase del desarrollo son apoyados por referencias bibliográficas.

1.3 Diagnóstico enfermero con definición, características, etiologías y recursos, completado por objetivos e intervenciones para formar una directriz práctica (solicitud de desarrollo)

La directriz práctica ENP se encuentra en una etapa temprana y se pone a disposición de los usuarios en aplicaciones de software para ser evaluada y mejorada en colaboración con el equipo ENP.

¹² Los niveles de evidencia de NANDA-I se pueden consultar en las publicaciones en forma de libro o en <http://www.nanda.org/nanda-international-level-of-evidence-criterial.html> (página visitada el día 10.05.2017)

En la práctica enfermera puede suceder que, en el contexto de un proyecto, una directriz práctica ENP se ponga a disposición de los usuarios finales ya en la fase temprana 1.3. El catálogo ENP oficial, así como los libros publicados, sin embargo, sólo contienen diagnósticos a partir de un grado de madurez de 2.1.

2 Diagnósticos y directrices formando parte del catálogo ENP oficial con apoyo por la literatura internacional, la práctica enfermera y/o estudios consensuados

2.1 Título del diagnóstico, definición, características, etiologías y recursos (enunciado diagnóstico) o título del diagnóstico, definición, características, etiologías, recursos y objetivos e intervenciones (directriz práctica entera) son basados en la literatura

El diagnóstico enfermero, su definición, las características, etiologías y recursos, es decir el enunciado diagnóstico o la directriz práctica entera, es decir, no sólo los elementos mencionados, pero también las intervenciones y objetivos correspondientes son basados en la literatura nacional e internacional.

2.2 Análisis conceptual del diagnóstico enfermero

Además del apoyo bibliográfico de los elementos título, definición, características, etiologías, recursos, intervenciones y objetivos, se realiza un análisis conceptual acerca de las nociones centrales del diagnóstico enfermero, incluyendo una evaluación detallada de la literatura. El análisis conceptual respalda el diagnóstico enfermero y la definición; comprende la discusión y el apoyo de las características.

2.3 Estudios de consenso por expertos en cuanto a diagnósticos existentes

Adicionalmente al apoyo bibliográfico de todos los elementos del diagnóstico enfermero y de la directriz práctica, se realizan estudios de consenso con expertos de la disciplina correspondiente. Los estudios comprenden opiniones de expertos, estudios Delphi o de mapeo cruzado (crossmapping) con otros sistemas de clasificación enfermera y otros diseños de estudios de carácter diagnóstico.

3. Diagnósticos enfermeros y directrices prácticas con apoyo clínico (validación y revisión)

3.1 a) Síntesis bibliográfica

El desarrollo del diagnóstico/de la directriz práctica está basado en un análisis sistemático de la literatura internacional relacionada al diagnóstico y a las intervenciones y en una documentación de la estrategia de búsqueda.

3.1 b) Síntesis bibliográfica y rating por expertos

El desarrollo del diagnóstico/de la directriz práctica está basado en un análisis sistemático de la literatura relacionada al diagnóstico y a las intervenciones y en una documentación de la estrategia de búsqueda, seguido por un rating por expertos (p. ej. por consultas estandarizadas a expertos, encuestas en línea etc.).

3.2 Estudios clínicos de diagnósticos y directrices prácticas que no se pueden aplicar a la población general

El estudio se refiere al diagnóstico enfermero con todas las características y etiologías relacionadas al diagnóstico o a la directriz práctica entera (incluyendo objetivos e intervenciones). Los estudios pueden ser de carácter cualitativo o cuantitativo. Eso comprende estudios investigando la validez concurrente en el contexto clínico. El volumen muestral es limitado y no se obtiene de manera aleatoria (no probabilística).

3.3 Estudios clínicos bien diseñados con un escaso volumen muestral

El estudio se refiere al diagnóstico enfermero con todas las características y etiologías relacionadas al diagnóstico o a la directriz práctica entera. Los estudios pueden ser de carácter cualitativo o cuantitativo. Eso comprende estudios investigando la validez concurrente en el contexto clínico. Se utiliza una prueba aleatoria (muestreo probabilístico), pero con un volumen limitado de muestras.

3.4 Estudios clínicos bien diseñados con un muestreo aleatorio de tamaño suficiente permitiendo una aplicación a la población general

El estudio se refiere al diagnóstico enfermero con todas las características y etiologías relacionadas al diagnóstico o a la directriz práctica entera. Los estudios pueden ser de carácter cualitativo o cuantitativo. Eso comprende estudios investigando la validez concurrente en el contexto clínico. Se utiliza una prueba aleatoria (muestreo probabilístico), el volumen muestral siendo suficiente como para aplicar los resultados a la población general.

En la versión ENP actual 2.10, actualmente 157 de las 557 directrices prácticas (es decir un 28 %) indican un nivel de evidencia. La repartición de los niveles de evidencia es la siguiente:

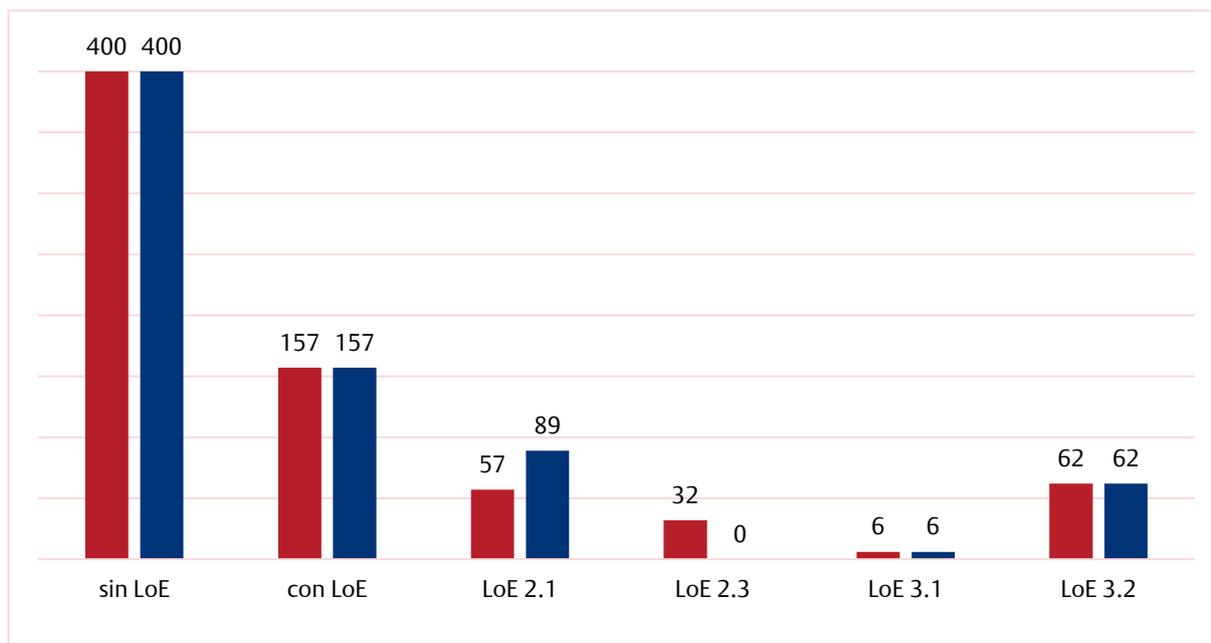


Figura 9: Repartición de los niveles de evidencia para diagnósticos y directrices prácticas ENP

4. Definiciones de las nociones de clases ENP

A fin de sostener la claridad de los European Nursing care Pathways como lenguaje enfermero y sistema de clasificación, el equipo de desarrollo ENP ha determinado en el transcurso del desarrollo las estructuras lingüísticas y las definiciones de cada grupo ENP. Estas definiciones se presentarán a continuación.

4.1 Definición de los diagnósticos enfermeros ENP

Un diagnóstico enfermero ENP se define del siguiente modo:

*Generalmente hablando, los **diagnósticos enfermeros ENP** representan una evaluación clínica, sistemática de la reacción de un paciente a problemas actuales o potenciales de salud y/o a procesos*

vitales. Los diagnósticos enfermeros forman entonces parte del proceso enfermero y constituyen la base para la selección de las intervenciones mediante las cuales se alcanzan los objetivos fijados junto con el paciente. Un diagnóstico enfermero ENP en particular es una expresión lingüística que sirve a los cuidadores, si posible juntos con el afectado y los familiares/las personas de referencia, para tomar decisiones sobre los objetivos enfermeros y para seleccionar las intervenciones enfermeras adecuadas a partir de una apreciación/valoración sistemática (evaluación, anamnesis enfermera, examen físico) del estado de salud y de sus repercusiones físicas, fisiológicas y debidas al desarrollo o de la reacción a problemas de salud.

Un diagnóstico enfermero ENP describe posibles resultados diagnósticos en una forma estandarizada. Un diagnóstico enfermero ENP se constituye del problema enfermero y de una especificación. Una pequeña parte, hasta mayo 2017 el 17,8 % (n= 99), de los diagnósticos enfermeros ENP carece de especificación y sirve de categoría residual en caso de que no corresponda ninguno de los problemas enfermeros propuestos que llevan una especificación. A lo largo del proceso diagnóstico, la persona cuidadora completa las características y etiologías, convirtiendo de ese modo el problema enfermero en un diagnóstico enfermero. Una precombinación entre especificación y problema enfermero se ha realizado siempre y cuando haya conceptos de intervención específicos para el diagnóstico enfermero ENP. Un problema enfermero se define en ENP del siguiente modo:

Los problemas enfermeros son limitaciones actuales del individuo afectado que se deben a su persona o a su entorno. O bien se trata de riesgos relacionados con el estado de salud o el tratamiento del afectado que él mismo no puede superar o eliminar y que limitan su autonomía y/o la de otras personas. Punto de partida de problemas enfermeros pueden ser estados psíquicos y estados relacionados al entorno y al desarrollo o modificaciones del estado de salud fisiológico, así como las limitaciones debidas a la edad. Se requiere una actuación profesional para captar los problemas enfermeros y convertirlos en un diagnóstico enfermero y poder influir positivamente en el estado de salud mediante la planificación enfermera.

Según Gordon y Bartholomeyczik, un diagnóstico enfermero se constituye de tres elementos esenciales «que se llaman también el esquema PES. Estos tres componentes son el problema de salud (P), los factores etiológicos o relativos a la etiología (E) y las características o las agrupaciones de signos y síntomas (S).» (Gordon & Bartholomeyczik, 2001, p. 38s, nuestra traducción) El grupo de los problemas enfermeros describe en el nivel de la categoría los problemas enfermeros que representan las entidades disjuntas a las cuales se atribuyen los conceptos diagnósticos. Debido a la composición de un diagnóstico enfermero ENP por un problema enfermero y una especificación, el diagnóstico comprende al menos dos elementos esenciales de un diagnóstico según la propuesta de Gordon & Bartholomeyczik. Durante el proceso diagnóstico, la persona cuidadora elige las características y etiologías adecuadas de ENP. Las características en ENP no se refieren exclusivamente al problema enfermero, sino a la combinación del problema enfermero y la especificación.

La tabla 23 a continuación representa los diagnósticos enfermeros ENP de la clase *Aseo personal/Vestirse* y de la categoría *Déficit de autocuidado Lavado del cuerpo* del dominio *Diagnósticos enfermeros en el área funcional/fisiológico* para aclarar la diferencia entre un problema enfermero (=categoría) y un diagnóstico enfermero en ENP.

Clase	Categoría (=problema enfermero)	Diagnósticos enfermeros ENP
-------	------------------------------------	-----------------------------

Aseo personal/vestirse	Déficit de autocuidado Lavado del cuerpo	El residente/paciente/cliente es incapaz de lavarse autónomamente debido a una restricción de la movilidad
		El residente/paciente/cliente es incapaz de lavarse autónomamente debido a una hemiplejia/-paresia
		El residente/paciente/cliente es incapaz de lavarse autónomamente debido a una restricción de la resistencia física
		El residente/paciente/cliente no debe esforzarse en los cuidados del cuerpo debido a un rendimiento cardíaco reducido , hay un déficit de autocuidado relativo al lavado del cuerpo
		El residente/paciente/cliente no puede mantener los utensilios para el lavado del cuerpo debido a una restricción de la movilidad , hay un déficit de autocuidado relativo al lavado del cuerpo
		El residente/paciente/cliente es incapaz de organizar autónomamente el lavado del cuerpo debido a una desorientación
		El residente/paciente/cliente debe evitar los movimientos entre la pelvis y el tronco debido a una lesión de la columna vertebral , hay un déficit de autocuidado relativo al lavado del cuerpo
		El residente/paciente/cliente es completamente dependiente en el lavado del cuerpo debido a una restricción cuantitativa de la conciencia
		El residente/paciente/cliente no realiza el lavado de cuerpo de manera adecuada debido a una auto-negligencia (self-neglect)
		El residente/paciente/cliente no puede efectuar los cuidados de las partes íntimas como de costumbre debido a una herida en las partes íntimas
		El residente/paciente/cliente no puede efectuar autónomamente los autocuidados en el contexto de la higiene corporal debido a su desarrollo
		El residente/paciente/cliente no puede lavarse autónomamente debido a un trastorno de la integración sensorial
		El residente/paciente/cliente presenta una alteración en el lavado del cuerpo [problema enfermero sin especificación]
		...

Tabla 23: Diagnósticos enfermeros ENP de la categoría Aseo personal/vestirse (fragmento) para ilustrar la diferencia entre problema enfermero y diagnóstico enfermero ENP

La operacionalización del déficit de autocuidado relativo al lavado del cuerpo aquí presentada es consecuencia del desarrollo de la directriz práctica. Si en el curso del desarrollo de una directriz práctica se nota que existen conceptos de intervención específicos, por ejemplo, en cuanto al déficit de autocuidado relativo al lavado del cuerpo en caso de hemiplejia, ese diagnóstico enfermero ENP se sigue desarrollando en forma precombinada. Un análisis bibliográfico, efectuado durante el desarrollo de los diagnósticos enfermeros ENP de la subcategoría déficit de autocuidado relativo al lavado del cuerpo, muestra que

existen conceptos específicos de intervención para los diagnósticos enfermeros ENP presentados en la tabla 23 (Helmbold & Berger, 2010).

La estructura de los diagnósticos enfermeros ENP, descrita arriba, se fijó con el fin de proponer al usuario del lenguaje profesional ENP conceptos de intervención diferenciados y metódicos, permitiéndole la representación del proceso enfermero.

Sintaxis de un diagnóstico enfermero ENP

La definición de la sintaxis de los diferentes componentes de texto en ENP pretende uniformar la estructura del lenguaje profesional. Ejemplo:

«El paciente presenta un riesgo de daño cutáneo debido a una traqueotomía»

«El paciente» = sujeto

«presenta» = verbo

«un riesgo» = objeto directo

«de daño cutáneo» = suplemento del objeto directo

«debido a una traqueotomía» = complemento circunstancial

«El paciente es incapaz de lavarse autónomamente debido a una hemiplejia/paresia»

«El paciente» = sujeto

«es incapaz de» = locución verbal

«lavarse» = verbo pleno

«autónomamente» = adverbio (tipo y modo)

«debido a una hemiplejia/paresia» = complemento circunstancial

La sintaxis de los diagnósticos enfermeros ENP sin especificación se compone de manera siguiente:

«El paciente presenta un riesgo de úlcera de decúbito»

«El paciente» = sujeto

«presenta» = verbo

«un riesgo» = objeto directo

«de úlcera de decúbito» = suplemento del objeto directo

La frase de un diagnóstico enfermero está formulada en tercera persona singular, los verbos utilizados en presente.

4.2 Definición: Características ENP

Cada análisis de un término engendra de por sí las características determinantes del término. Para identificar el significado de un término y definir un concepto diagnóstico, como p. ej. los diagnósticos enfermeros ENP, es imprescindible determinar las características que pueden apoyar el diagnóstico enfermero. La ciencia terminológica asigna varias significaciones a las características. *«La totalidad de las características de un término, constatadas en un momento determinado, constituye la suma del saber relativo a este término»* (Arntz, Picht & Mayer, 2004, p. 53s, nuestra traducción). Ese saber relativo al término ayuda a denominar y delimitar su significado. Las características ayudan, además, a estructurar los términos y ordenarlos en una taxonomía.

En el proceso diagnóstico, las características sirven de indicadores para confirmar un diagnóstico enfermero (Gordon & Bartholomeyczik, 2001, p. 43ss.). En el desarrollo de los diagnósticos enfermeros

ENP, las características se utilizan para conceptualizar los diagnósticos. A continuación presentamos la definición de las características ENP.

*Las **características ENP** son indicadores, rasgos y observaciones del individuo afectado. Contribuyen a identificar los diagnósticos/problemas enfermeros o a delimitar entre sí los diagnósticos/problemas enfermeros. Estas características o indicadores pueden describir síntomas, ser otras características para el problema, indicadores biográficos o históricos, fisiológicos o psíquicos, la descripción de una expresión verbal del afectado sobre el problema, la descripción de reacciones de una persona o factores de riesgo.*

Las características de ENP se refieren tanto al problema enfermero como a su especificación.

La sintaxis de las características ENP

Las características formuladas son síntomas (p. ej. *signos de cianosis, frecuencia elevada de la respiración, ruido sibilante, taquipnea, prurito*), expresiones del afectado (p. ej. *manifiesta temor a los dolores al expectorar, describe la sensación de soledad/desolación*), reacciones comportamentales (p. ej. *irritabilidad elevada, no puede manifestar su cólera/enfado de manera adecuada y lo dirige contra objetos/animales, se arranca los pelos*), valores fisiológicamente medibles (p. ej. *frecuencia de la respiración del adulto inferior a 12 movimientos respiratorios/minuto*) o descripciones de las restricciones de las capacidades del afectado (p. ej. *no puede lavarse distintas partes del cuerpo, no puede pronunciar claramente las palabras*).

Las características representan frases de sintaxis completa, es decir, se constituyen de un sujeto y un sintagma verbal (conteniendo un verbo, objeto(s) y/o complemento(s)) y por lo general son frases en voz activa. O son elipsis comprendiendo un verbo, objeto(s) y/o complemento(s) o solamente términos. Estas frases incompletas siempre se refieren al sujeto del diagnóstico enfermero. P. ej. *Restricción de la capacidad de lavar las partes del cuerpo o Enfermedad cutánea infecciosa*.

4.3 Definición: Etiologías ENP

Las causas se pueden definir como «un evento o un número de eventos que producen de manera causal (causalidad) otro evento, el efecto». En la «Enciclopedia de la filosofía y la teoría de las ciencias», la noción de causa se define a base de los cuatro tipos de causas según Aristóteles, de la comprensión moderna causa-efecto según Hume y otros filósofos (Mittelstraß, 1996, p. 442). En el desarrollo ENP, la definición de las causas/etiologías se basa en un enfoque similar. Para lograr una diferenciación ulterior del diagnóstico enfermero, se formulan causas/etiologías si estas contribuyen a la causación y al mantenimiento del problema/estado de salud o influyen en él (Brobst et al., 1997, p. 17 s., Gordon, 2001, p. 41). Las etiologías se definen en ENP del siguiente modo:

*Las **etiologías ENP** son factores desencadenantes y/o influyentes que producen o mantienen un problema/diagnóstico enfermero. Las etiologías/factores influyentes pueden ser conductas del afectado, enfermedades existentes y conocidas, así como restricciones descriptibles del ámbito psicosocial o relativas a capacidades físicas y cognitivas. Las etiologías/factores influyentes también pueden radicar en el entorno, en la socialización y las experiencias del individuo afectado.*

En el proceso del cuidado es imprescindible conocer las etiologías de los problemas enfermeros, ya que muchas veces se deben tener en cuenta en la selección de intervenciones para eliminar o mitigar un problema enfermero. Por ejemplo, las intervenciones enfermeras propuestas no serán iguales si una persona es incapaz de lavarse autónomamente debido a una restricción postoperatoria de la movilidad o a una apraxia. La comprensión de las etiologías en ENP sigue el análisis de la noción de etiologías que lleva a la diferenciación terminológica siguiente (Hügli & Lübcke, 2001): Etiologías como relación causal entre causa y efecto. Etiologías como cadena causal o relación causal, o bien «aquella red de causas y efectos que está entretrejida en un evento» (Hügli & Lübcke, 2001, p. 642, nuestra traducción).

Causa contribuyente: son aquellas causas que influyen en el efecto sin ser, por lo tanto, el único origen del efecto.

Causa decisiva: las causas que contribuyen manifiesta y esencialmente al efecto.

Causa esencial: son las condiciones necesarias del efecto.

En ENP, las distintas perspectivas y diferenciaciones del término de 'causa' siempre toman en cuenta el diagnóstico enfermero. Son de interés las relaciones que existen entre los problemas/estados de salud constatados en un individuo, sus causas originales y los factores manteniendo el problema. A cada diagnóstico enfermero ENP se pueden atribuir varias causas. Esto significa que distintas causas pueden influir o provocar el diagnóstico. Estas etiologías seleccionadas y formuladas durante el proceso diagnóstico representan la base para seleccionar intervenciones adecuadas.

Las etiologías formuladas pueden ser enfermedades (p. ej. *manía, insuficiencia cardíaca derecha, trastorno de la conducta alimentaria, esclerosis múltiple*), motivos para comportamientos (p. ej. *necesidad de autoafirmación, aversión a la toma de nutrientes, falta de interés, miedo, vergüenza*), estados (p. ej. *estado de desconcierto, anorexia persistente, deformación del paladar blando, succión débil, disnea por esfuerzo, falta de autoestima, restricción de la movilidad*), déficits de conocimientos/información (p. ej. *falta de conocimientos en cuanto a la lactancia, falta de acceso a las informaciones*), influencias socio-culturales (p. ej. *factores dinámicos provenientes de la familia, desempleo, maltrato*), costumbres/comportamientos (p. ej. *acciones compulsivas ritualistas, manipulación de excrementos, falta de actividades, falta de límites*), alteraciones de la interacción (*habla otro idioma*) o reducciones/alteraciones de capacidades (p. ej. *capacidades cognitivas limitadas*).

Sintaxis de las etiologías ENP

Las etiologías representan frases de sintaxis completa, es decir se constituyen de un sujeto y un sintagma verbal (conteniendo un verbo, objeto(s) y/o complemento(s)). O son elipsis comprendiendo un verbo, objeto(s) y/o complemento(s) o simples términos. Estas frases incompletas siempre se refieren al sujeto del diagnóstico enfermero. P. ej. *Falta de voluntad para realizar el lavado del cuerpo* o *Reducción de la resistencia física*.

4.4 Definición: Recursos

En ENP se formulan recursos (capacidades) de la persona afectada en cuanto al diagnóstico enfermero. Tienen importancia para la selección del objetivo enfermero y la determinación de las intervenciones. Un recurso ENP se define del siguiente modo:

Los recursos ENP son descripciones de estados, capacidades físicas, psíquicas y psicosociales, conductas y/o factores del entorno social que contribuyen a desarrollar estrategias de superación y/o a apoyar las intervenciones enfermeras.

Los recursos son formulados para describir y apreciar de manera lo más diferenciada posible el problema/estado de salud del cual depende la necesidad de cuidados enfermeros/apoyo. Así, para la selección de los objetivos enfermeros y las intervenciones, es decisivo saber si un paciente presentando un déficit de autocuidado relativo al aseo personal es capaz de sentarse o mantenerse en pie y usar por ejemplo la manopla. Al contrario de los demás grupos en ENP, los recursos propuestos no pretenden ser exhaustivos. En la sección de los recursos se invita a los enfermeros a realizar añadiduras individuales durante el proceso diagnóstico.

Los recursos estandarizados propuestos en ENP incluyen conductas, actitudes promoviendo las acciones, apoyo del entorno social o estados fisiológicos que contribuyen a desarrollar y sostener estrategias de

superación e intervenciones para remediar problemas de salud y a asumir crisis (sanitarias) gracias a recursos personales y sociales (resiliencia).

Sintaxis de los recursos ENP

Los recursos representan frases de sintaxis completa, es decir se constituyen de un sujeto y un sintagma verbal (conteniendo un verbo, objeto(s) y/o complemento(s)). P. ej.: *Puede emplear medios auxiliares de forma dirigida* o *Manifiesta comprensión respecto a la intervención enfermera*.

4.5 Definición: Objetivos enfermeros ENP

Mediante los cuidados metódicos y la promoción de los recursos individuales se pretende alcanzar el objetivo enfermero. Los objetivos enfermeros deben ser realistas, alcanzables, revisables, formulados de manera positiva y relacionados con el problema/diagnóstico enfermero. A un diagnóstico enfermero ENP se atribuyen varios objetivos enfermeros posibles. Dependiente del estado del paciente, el cuidador seleccionará un o varios objetivos enfermeros. Un objetivo ENP se define del siguiente modo:

Los objetivos enfermeros ENP determinan los resultados que los cuidadores planifican con o para el afectado y que se deben lograr dentro de un periodo fijado. Los resultados esperados se describen en forma de los estados reales que se deben alcanzar en el futuro. Los objetivos enfermeros se pueden referir a rendimientos y capacidades físicas, parámetros fisiológicos, conocimientos, conductas y rasgos de personalidad, resultados médicos, vivencias emocionales y sensaciones subjetivas, así como a la identificación de cambios físicos.

Los objetivos enfermeros se pueden utilizar para la evaluación de los resultados (outcomes). Para ello, cada objetivo enfermero ENP está enlazado con una escala de Likert de cinco niveles para cuantificar el grado de consecución del objetivo. Existen diversos tipos de las escalas de cinco niveles. Todas tienen en común que el nivel 5 significa que se ha logrado el objetivo y 1 que no se ha logrado todavía. Estos son algunos ejemplos:

Diagnóstico enfermero ENP: El paciente se retira de la vida social, hay una alteración de la interacción social

Etiología: Enfermedad psíquica

Característica: Se retira a su habitación

Objetivo: Participa voluntariamente en actividades de grupo

El cuidador evalúa la consecución del objetivo en una escala de Likert de cinco niveles. Los criterios enlazados para la evaluación del grado de consecución del objetivo son:

- 5 = totalmente logrado
- 4 = ampliamente logrado
- 3 = moderadamente logrado
- 2 = poco logrado
- 1 = no logrado

Una codificación con 1 significaría que el paciente no ha logrado el objetivo relativo al diagnóstico enfermero *Participa voluntariamente en actividades de grupo* (0% de consecución del objetivo), la codificación «poco» significaría que se notan inicios escasos y débiles de la consecución del objetivo (hasta 25% de consecución del objetivo), una evaluación «moderada» indica una consecución media (26-50%), la codificación «amplia» indica que se ha logrado más del 50% del objetivo (51-75% de consecución del objetivo) y una consecución «completa» del objetivo se utiliza cuando se ha logrado más del 75% del objetivo.

El otro tipo de escala se realiza en ENP mediante ítems operacionalizados relativos al objetivo. La tabla siguiente ilustra la descripción de tres objetivos relativos al lavado del cuerpo.

Escala de 5 «Lavado del cuerpo»					
	Manifestación 5	Manifestación 4	Manifestación 3	Manifestación 2	Manifestación 1
Es capaz de lavar y secar el cuerpo autónomamente	Es capaz de lavar y secar el cuerpo autónomamente	Es capaz de lavar y secar el cuerpo autónomamente utilizando medios auxiliares y/o un tiempo de lavado prolongado (> 15 min)	Es capaz de lavar y secar el cuerpo autónomamente con instrucciones verbales y la facilitación de los materiales	Es capaz de lavar y secar el cuerpo en parte autónomamente , el cuidador se encarga de las partes del cuerpo difíciles de alcanzar	Es totalmente dependiente en la ejecución del lavado del cuerpo
Es capaz de lavar y secar la parte superior del cuerpo autónomamente	Es capaz de lavar y secar la parte superior del cuerpo autónomamente	Es capaz de lavar y secar la parte superior del cuerpo autónomamente utilizando medios auxiliares y/o un tiempo de lavado prolongado (> 7 min)	Es capaz de lavar y secar la parte superior del cuerpo autónomamente con instrucciones verbales y la facilitación de los materiales	Es capaz de lavar y secar la parte superior del cuerpo en parte autónomamente , el cuidador se encarga de las partes del cuerpo difíciles de alcanzar	Es totalmente dependiente en la ejecución del lavado de la parte superior del cuerpo
Es capaz de lavar y secar la cara y las manos autónomamente	Es capaz de lavar y secar la cara y las manos autónomamente	Es capaz de lavar y secar la cara y las manos con un tiempo de lavado prolongado (> 3 min)	Es capaz de lavar y secar la cara y las manos autónomamente con instrucciones verbales y la facilitación de los materiales	Es capaz de lavar y secar la cara y las manos en parte autónomamente , el cuidador tiene que repasar	Es totalmente dependiente en la ejecución del lavado de la cara y las manos

Tabla 24: escala de cinco niveles para los objetivos ENP relativos al lavado del cuerpo

Otro ejemplo procede de la clase «Experimentar» y de la categoría «Sin dolores»:

Escala de 5 niveles «Sin dolores»					
	Manifestación 5	Manifestación 4	Manifestación 3	Manifestación 2	Manifestación 1
No tiene dolores	No tiene dolores /tiene dolores evaluados en la escala numérica entre 1 y 2	Tiene dolores evaluados en la escala numérica entre 3 y 4	Tiene dolores evaluados en la escala numérica entre 5 y 6	Tiene dolores evaluados en la escala numérica entre 7 y 8	Tiene dolores evaluados en la escala numérica entre 9 y 10

Tabla 25: escala de cinco niveles para los objetivos ENP de la clase «sin dolores»

Un último ejemplo tomado de la clase «Experimental» y de la categoría «Exigencias adaptadas a las capacidades»:

Escala de 5 niveles «Requerimientos adaptados a las capacidades»					
	Manifestación 5	Manifestación 4	Manifestación 3	Manifestación 2	Manifestación 1
Los requerimientos físicos de la actividad de aseo corporal corresponden a las capacidades físicas actuales	Los requerimientos físicos de la actividad de aseo corporal corresponden a las capacidades físicas actuales	Los requerimientos físicos de la actividad de aseo corporal corresponden parcialmente a las capacidades físicas , esto se manifiesta en forma de agotamiento absoluto tras la actividad de aseo corporal	Los requerimientos físicos de la actividad de aseo corporal corresponden parcialmente a las capacidades físicas , esto se manifiesta en forma de parámetros vitales altamente alterados y/o dolores tras la actividad de aseo corporal	Los requerimientos físicos de la actividad de aseo corporal no corresponden a las capacidades físicas , esto se manifiesta en forma de parámetros vitales altamente alterados con superación de los valores límites y/o dolores , se tuvo que interrumpir (varias veces) la actividad de aseo corporal	Los requerimientos físicos de la actividad de cuidado corporal superan las capacidades físicas , esto se manifiesta en forma de colapso circulatorio, insuficiencia respiratoria u otras crisis, no se pueden continuar las actividades de aseo corporal según lo previsto

Tabla 26: escala de cinco niveles para los objetivos ENP de la categoría «Requerimientos adaptados a las capacidades»

Hasta el momento, se han desarrollado unas 50 escalas de valoración detalladas relativas a los objetivos enfermeros ENP. Se sigue trabajando en la transformación de los demás objetivos enfermeros ENP en ítems operacionalizados. El fin de este desarrollo es obtener otros indicadores de resultado que puedan servir tanto de instrumentos de autoevaluación para los pacientes/residentes/clientes como de instrumento de medición para los cuidadores. Los indicadores de resultado hasta ahora desarrollados son disponibles en forma de paquetes de software y de base de datos.

Para alcanzar una evaluación homogénea de la consecución del objetivo dentro del equipo enfermero, es imprescindible discutir la consecución del objetivo con el paciente y/o el equipo. Formulaciones del objetivo del tipo «participa voluntariamente en las actividades del grupo» están sometidas a cierta subjetividad.

Sintaxis de los objetivos enfermeros ENP

Los objetivos enfermeros representan frases de sintaxis completa, es decir, se constituyen de un sujeto y un sintagma verbal (conteniendo un verbo, objeto(s) y/o complemento(s)) y por lo general son frases en voz activa. O son elipsis comprendiendo un verbo, objeto(s) y/o complemento(s) o solamente términos. Estas frases incompletas siempre se refieren al sujeto del diagnóstico enfermero. P. ej.: *Expresa el sentimiento de seguridad en las actividades cotidianas.*

4.6 Definición: Intervenciones enfermeras ENP

Las intervenciones enfermeras ENP son todas las acciones que los cuidadores realizan en el contexto de la asistencia enfermera de manera directa junto al y con el paciente (p. ej. realizar el lavado completo del cuerpo) o de manera indirecta para él (p. ej. preparar los medicamentos), basándose en el proceso diagnóstico. Una intervención enfermera ENP se define del siguiente modo:

Una intervención enfermera ENP es la expresión lingüística para un concepto de intervención. Los conceptos de intervenciones son formulaciones abstractas de acciones enfermeras que se componen de numerosos pasos. Los conceptos de intervenciones enfermeras ENP se pueden referir a acciones enfermeras directas, indirectas o administrativas que son iniciados y realizados por cuidadores para la consecución del objetivo sobre la base de procesos de decisión clínica y de conocimientos enfermeros especializados.

Un ejemplo como ilustración: La acción enfermera «Decúbito lateral a 30° según Seiler» se compone de una serie de acciones parciales. Estas intervenciones parciales comienzan entre otros con la desinfección de las manos, la preparación del material, el saludo al paciente, la información del paciente, el procedimiento mismo de posicionar (que otra vez comprende numerosos pasos detallados p. ej. bajar la cabeza de la cama, quitar la almohada, etc.) y concluye con el aseguramiento de que el paciente no tenga otro deseo tras el posicionamiento y que p. ej. el timbre de llamada está a su alcance. ENP no describe cada paso detallado de las intervenciones enfermeras formuladas, ya que esas han sido conceptualizadas durante la formación enfermera. Tampoco resulta apropiado para la documentación del proceso enfermero describir minuciosamente cada detalle de un concepto de intervención en el registro del paciente (véase, entre otros, Göpfert-Divivier, Mybes & Igl, 2006).

Sintaxis de las intervenciones enfermeras ENP

Por lo general, las intervenciones enfermeras están formuladas en infinitivo y describen órdenes o requerimientos para acciones, formuladas en voz activa. Desde el punto de vista sintáctico son elipsis compuestas de un verbo, objeto(s) y/o complemento(s), con el verbo que se compone con frecuencia de construcciones de infinitivo. Estas frases no completas siempre se refieren al sujeto de la acción a realizar. P. ej. *Mantener una conversación enfermera terapéutica centrada en el tema o Aplicar técnicas de movimiento cuidadosas que reduzcan la carga.*

Especificaciones de la intervención

En la bibliografía especializada se reclama que las intervenciones enfermeras formuladas por escrito deben responder a las preguntas esenciales «¿Quién hace qué, cómo, dónde, cuándo, con qué?». Estas exigencias en cuanto a la formulación de la intervención enfermera dan a entender que los conceptos de intervención enfermera deben guiar las acciones. En ENP, las especificaciones de intervención tienen en cuenta este requisito respecto a la formulación. Las especificaciones de intervención ENP se definen del siguiente modo:

Las especificaciones de intervención ENP son informaciones detalladas complementarias que se refieren a la intervención enfermera. Pueden comprender las dimensiones siguientes: descripción detallada de las intervenciones enfermeras, grado de apoyo de los cuidadores en la realización de la intervención, frecuencia y horario planificado de las intervenciones, intervalos temporales de las intervenciones enfermeras, productos de cuidado y medios auxiliares, orden de realización de intervenciones conectadas, topología, información relativa al lugar, a la trayectoria o a la cantidad, número de cuidadores necesarios para la realización adecuada de la intervención enfermera.

4.7 Valores temporales normativos en ENP

En ENP hay valores temporales normativos que están enlazados a numerosas intervenciones enfermeras o especificaciones de intervenciones y se suman con relación al caso. Para que los valores temporales representados correspondan a la situación individual, se toman en cuenta distintos factores como por ejemplo el grado de gravedad, el lugar de la realización del cuidado etc. Los valores temporales son estimaciones que se han negociado con cuidadores en un proceso empírico de varios años. Los valores temporales normativos están, además, ponderados mediante la relación con el diagnóstico enfermero. Así, los valores temporales para el lavado completo del cuerpo con pacientes/residentes dementes no son iguales a los valores para el lavado completo del cuerpo p. ej. con un paciente que no puede realizar los cuidados del cuerpo debido a una debilidad física. El proceso de la definición de los valores temporales se inició en el 1996 y, desde la primera aplicación del software en la práctica, los valores se van ajustando continuamente con cuidadores en grupos focales. Mediciones individuales en el contexto de trabajos de investigación también contribuyeron a ajustar los valores - además se toman en cuenta en la fijación de los valores, si posible, las indicaciones correspondientes que se consiguen en la literatura científica. Con motivo del enlazamiento de LEP-Nursing 3 con las intervenciones ENP en el 2004, se reveló que los valores temporales respectivos corresponden en gran parte.

Los valores temporales normativos en ENP pueden ser atribuidos a distintos niveles. Por un lado, a nivel del concepto de intervención mismo, de modo que un valor temporal valga para la intervención ENP en general, independientemente de las especificaciones seleccionadas. Un ejemplo es la intervención «realizar un cuidado específico de la boca». Independientemente de los productos de cuidado, los medios auxiliares o la técnica aplicada, siempre se calculan 5 minutos de tiempo gastado en el cuidado específico de la boca. Los valores temporales normativos también pueden ubicarse al nivel de las especificaciones de las intervenciones; en ese caso, el valor temporal depende de la realización concreta de la intervención, es decir se acumula según las especificaciones seleccionadas, reflejando entonces la situación de cuidado individual. Un ejemplo para esto es la intervención «realizar el lavado completo del cuerpo». El valor acumulado resulta de la selección de las especificaciones, para ser exacto: el lugar del lavado, el grado de apoyo requerido, particularidades del lavado y el número de cuidadores necesarios para realizar el lavado completo del cuerpo (cf. figura 10).

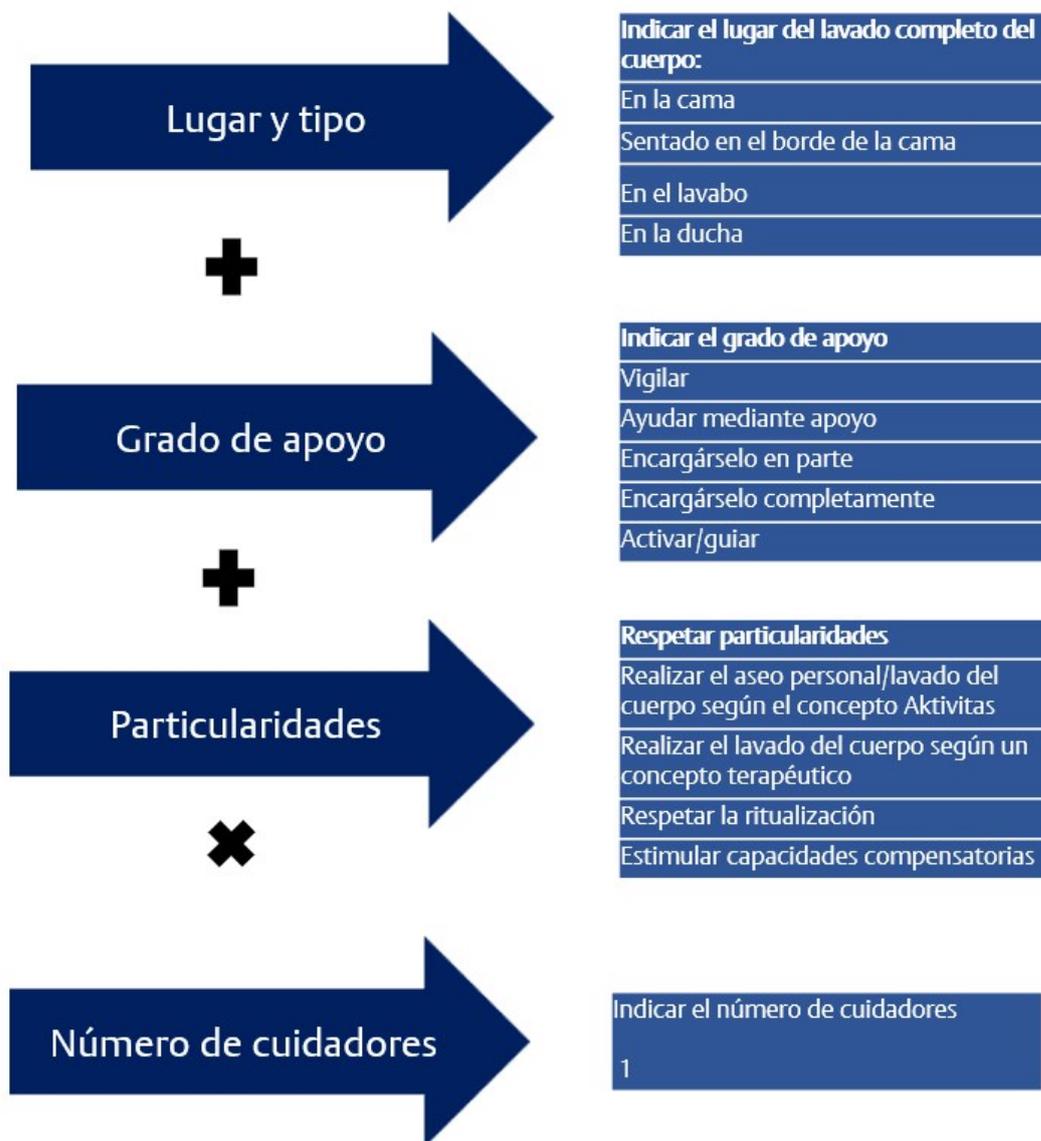


Figura 10: Ejemplo del cálculo cumulativo de los valores temporales normativos en ENP (fragmento)

Si por ejemplo una persona cuidadora (x1) realiza un lavado completo del cuerpo en el lavabo (18 minutos), integra elementos de activación/instrucción (+5 minutos) y respeta la ritualización propia al paciente/residente/cliente (+ 1 minuto), el valor temporal normativo sumado sería de 24 minutos. Si por alguna razón se requieren dos personas cuidadoras (x2) para realizar el lavado, el valor temporal normativo sería de 48 minutos.

Finalmente, existen intervenciones en ENP que intencionalmente carecen de valor temporal normativo. Esto se debe a que ciertas intervenciones enfermeras son muy difíciles, a veces imposibles, de «normalizar». Ejemplos son diversas actividades relacionadas con asesoramiento, instrucción y educación del paciente que pueden requerir un esfuerzo muy diferente en función de los contenidos concretos, el cumplimiento y las competencias del paciente/residente/cliente individual. En semejantes situaciones parece más útil invitar a los usuarios a entrar un valor temporal manual para obtener valores temporales válidos y fiables.

5. Calidad de las directrices prácticas ENP

Los caminos terapéuticos ENP relativos a diagnósticos enfermeros son el resultado del desarrollo inductivo realizado en Alemania (Wieteck, 2004b). Hasta hoy día, el usuario participa en el desarrollo de ENP. Los usuarios señalan al equipo de desarrollo ENP las exigencias en cuanto a la representabilidad de diagnósticos e intervenciones enfermeras. Estas demandas procedentes de la práctica enfermera se recogen y se definen como propuesta de desarrollo. Así, en el año 2010, en el contexto de la representación de trastornos comunicativos de residentes dementes se solicitaron p. ej. los elementos «Lenguaje incomprensible» y «Lenguaje sin significado». Tras el análisis del contenido con los enfermeros en el lugar y un primer examen bibliográfico, se desarrolló el camino de directriz práctica «El residente/paciente/cliente presenta una alteración de la comunicación debido a un trastorno del habla». A una confirmación positiva por parte de los cuidadores sigue el paso del trabajo bibliográfico profundo y la comparación sistemática con posibles diagnósticos enfermeros competidores.

El apoyo bibliográfico de las directrices prácticas ENP incluye literatura especializada y estudios nacionales e internacionales. El apoyo profesional de ENP se ha impulsado enormemente en los últimos 5 años, con lo que se ha mejorado notablemente la calidad de las directrices prácticas. Además, el desarrollo sistemático de ENP va recibiendo continuamente impulsos en forma de trabajos de bachelor, máster o doctorado (p. ej. Haller, 2017). Cada directriz práctica ENP está contrastada con la literatura especializada actual – lo que Woodtli, en la discusión de la validación del contenido de conceptos diagnósticos en el 1988, designa ya por sí de indicio de una validación del contenido.

Hasta ahora, existen ocho trabajos de validación del contenido y de los criterios (Berger, 2010; Hardenacke, 2007; Helmbold, 2010; Helmbold & Berger, 2010; Schmitt, 2010; Wieteck, 2006b, 2006c, 2008b), otros se encuentran actualmente (abril 2017) en fase de publicación como p. ej. un trabajo acerca de la temática de los trastornos de deglución (Kraus, 2015) o han sido realizado para un trabajo de fin de carrera (Nißlein, 2017) y se publicarán en otro contexto. En la prueba de validación de criterios de Berger se reprodujeron 1.931 formulaciones narrativas de planificaciones de procesos enfermeros con ENP en un entorno hospitalario. Las formulaciones provienen de trabajos de fin de estudios calificados con las notas «muy bien» o «bien». En total, el 73% de las formulaciones se pudieron reproducir completamente, el 14% parcialmente y el 13% no se han podido reproducir. Resultados similares ha dado el estudio de validación de criterios de Schmitt en el campo de los cuidados intensivos neonatales (Schmitt, 2010). Los trabajos mencionados tomaron en cuenta la directriz práctica completa (= diagnóstico enfermero, características, etiologías, intervenciones enfermeras). Los análisis bibliográficos de Helmbold (2010) y Helmbold & Berger (2010) también miran una directriz práctica en su totalidad. El ejemplo de los diagnósticos enfermeros sobre malnutrición ilustra la revisión de los diagnósticos ENP respectivos efectuada como consecuencia de las restricciones de validez encontradas en el estudio de Hardenacke (2007) (Helmbold, 2010).

Algunos estudios y proyectos para la evaluación de ENP surgieron en el contexto de la aplicación práctica de ENP. Así, en un amplio proyecto de aplicación hospitalaria, Baltzer y sus colegas llegan a las conclusiones de que «las formulaciones ENP son orientadas en la práctica y comprensibles» y que «con ENP, los procesos de cuidado se pueden reproducir de forma completa y comprensible.» (Baltzer et al., 2006, p. 9, nuestra traducción) El proyecto de evaluación del cantón de San Galo, realizado en cuatro clínicas, tuvo como meta poner a prueba el lenguaje enfermero ENP con vistas a una decisión cantonal respecto a su introducción. En ese contexto, ENP se probó en distintas organizaciones y disciplinas. Véase al respecto el informe final sobre la *Concepción y el pilotaje de la introducción de ENP en hospitales y clínicas del cantón de San Galo* (Kossaibati & Berthou 2006). En el proyecto de evaluación, los expertos cuidadores de los centros pilotos evaluaron los planes de cuidados documentados con ENP respecto a los criterios «revisabilidad», «guía de acción», «relevancia enfermera», «claridad», «comprensibilidad» e «integridad». «En al menos el 80% de los planes de cuidados analizados, los contenidos documentados cumplen con los criterios del análisis» (Kossaibati & Berthou 2006, p. 41, nuestra traducción).

En un estudio de intervención se analizó si la aplicación de ENP (por entonces denominado ‘Componentes de texto para la documentación del proceso enfermero’) en un software repercuta en la calidad de la

documentación del proceso de cuidado en un centro para personas mayores. Los análisis de la frecuencia y de la valencia muestran efectos positivos claros en la calidad documental (Wieteck, 2001). En otro estudio se analizó el grado de coincidencia entre las «intervenciones enfermeras realmente efectuadas» (recogidas por observadores) y las «prestaciones enfermeras documentadas mediante ENP». En el estudio transversal, multicéntrico y descriptivo se evaluaron un total de 1.068 intervenciones enfermeras codificadas en 34 casos de pacientes con el método de pruebas paralelas. La coincidencia porcentual de los resultados en ambos centros se situaba por término medio en el 76%. Sin embargo, en el estudio queda sin aclarar si, y en qué medida, el 24% de las codificaciones no correctas se debe a omisiones de parte de los cuidadores o a una falta de ítems en la parte de las intervenciones en ENP (Wieteck, 2007b). Las evaluaciones de los datos ENP provenientes de clínicas, centros de cuidados y servicios de cuidados a domicilio se publicaron en dos estudios. Se analizaron datos ENP producidos en las documentaciones del proceso de cuidado en cuanto a distintos planteamientos (Haag, 2009; Konrad, 2009; Wieteck, 2004a). En un artículo especializado, Wieteck (2009) muestra mediante un ejemplo concreto que ENP posee la granularidad necesaria – es decir, claridad, estructura fina y selectividad – para responder p. ej. a las preguntas de auditoría del estándar de expertos «úlceras» a base de la documentación diaria del proceso enfermero. ENP se discute igualmente en el contexto de la reproducibilidad de la prestación enfermera dentro del sistema DRG (Bartholomeyczik, Haasenritter, & Wieteck, 2009; Wieteck & Kraus, 2015, 2016). Además, se realizaron trabajos de validación con relación a las traducciones de ENP hacia el italiano, inglés y francés. Para ello existe p. ej. una colaboración con la universidad L'Aquila y con varias clínicas en Luxemburgo.

Un punto muy fuerte de ENP reside en su granularidad que está a la altura de las exigencias en materia de documentación enfermera en el área de habla alemana. Un intercambio de datos a nivel internacional se podría asegurar mediante un mapeo (Wieteck, 2007c). Del mismo modo, ENP responde a las adaptaciones exigidas por la asociación alemana MDS en su toma de postura fundamental acerca del proceso y la documentación enfermera (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (MDS), 2005).

En comparación con otras clasificaciones enfermeras precombinatorias, ENP clasifica diagnósticos, objetivos e intervenciones; tras una combinación individual a base de estos elementos, se forma una directriz práctica en una estructura horizontal que ofrece a los cuidadores conocimientos especializados como ayuda en la toma de decisiones. Por tanto son difíciles las comparaciones de criterios de calidad con otros sistemas de clasificación.

6. Observaciones críticas

Actualmente ENP no está lo suficientemente completo como para ofrecer todos los aspectos cuidadores que son necesarios para describir los fenómenos y las intervenciones de cuidados en la documentación del proceso. Esto se evidencia en diferentes estudios y proyectos de evaluación. Según un estudio realizado en el 2008, un 23 % de los diagnósticos enfermeros NANDA-I no se podía reproducir con ENP (Wieteck, 2008c). En este entonces, cerca del 18 % de las formulaciones en los planes de cuidados se tuvieron que completar individualmente. Esta afirmación se refiere al proceso cuidador completo (diagnósticos, objetivos e intervenciones) (Berger, 2008, 2010, Schmitt, 2010, Wieteck, 2004b). En la amplia prueba práctica de San Galo, Kossaibati y Berthou (2006) llegan a la conclusión de que se percibe el origen alemán del lenguaje y recomiendan una helvetización para favorecer la aceptación. Estos resultados confirman, al igual que otros estudios, que ENP no está completamente establecido en todas las especialidades de los cuidados. En ciertas partes de la clasificación, algunos elementos se consideraron como incoherentes y no correspondientes al nivel actual de la ciencia. Por este motivo se formularon los siguientes aspectos para la adaptación y eliminación de las debilidades detectadas en el proyecto en hospitales y clínicas del cantón de San Galo:

- helvetización (lingüística y conceptual): entre otros la representación del ámbito de competencia y de la comprensión de los cuidados en Suiza y la sustitución de términos no suizos mediante un equivalente suizo;
- actualización de los contenidos ENP (en especial toma en cuenta de literatura especializada internacional, también en otros idiomas, así como la investigación enfermera);
- normalización de los grados de detalle;
- completación de los contenidos ENP en las temáticas cuidado oncológico, cuidado transcultural, área de adicciones, aspectos psicosociales, etc.

La validez de las directrices prácticas ENP aún no está probada en profundidad a un nivel científico alto. Hay indicios de que algunos diagnósticos enfermeros ENP aún no están completos y se pueden mejorar (Hardenacke, 2007).

Sinopsis

Dado que el conocimiento en cuidados va creciendo y cambiando constante y rápidamente, el proceso de validación de ENP también es una necesidad permanente que corre paralelo al avance del sistema (cf. entre otros Kraus, 2015). Sin embargo, no parece falso hablar de un alto grado de madurez del sistema. Indicadores para ello son tanto la aplicación actual en todos los sectores de los cuidados para representar el proceso enfermero, como las reacciones positivas de los usuarios. Otro argumento a favor de la calidad de ENP es el alto nivel de concordancia con los sistemas existentes NANDA-I y ICNP en cuanto al contenido y el hecho de que la expresividad y la claridad de los diagnósticos enfermeros ENP fueron calificadas por los expertos a un 84 % de iguales/superiores comparadas a los diagnósticos enfermeros NANDA-I (Wieteck 2008).

Bibliografia

- Arntz, R., Picht, H., & Mayer, F.** (2004). *Einführung in die Terminologearbeit* (5. ed.). Hildesheim u. a.: Georg Olms Verlag AG.
- Bakken, S. et al.** (2000). Representing Nursing Activities within a Concept-oriented Terminological System: Evaluation of a Type Definition. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 7(1), pp. 81-90.
- Baltzer, M., Baumberger, D., & Wieteck, P.** (2006). *Pilotprojekt LEP Nursing 3/ENP* (pp. 23). Bern. Spital Bern.
- Bartholomeyczik, S., Haasenritter, J., & Wieteck, P.** (2009). Instrumente zur Abbildung des Pflegeaufwands in der DRG-Systematik. Literaturanalyse. *Pflegewissenschaft*, 12(9), pp. 669-687.
- Baumberger, D. & Raeburn, S.** (2015). LEP Nursing 3 für die Pflegedokumentation und die Sekundärnutzung von Pflegedaten. *NOVAcura*, 46(10), pp. 17-19.
- Berger, S.** (2008). Kriteriumsvalidität von ENP. Abbildung von individuell formulierten Pflegeprozessplanungen mit ENP. *Pflegewissenschaft*, 10(8), pp. 1-8.
- Berger, S.** (2010). *Kriteriumsvalidität von ENP Abbildung von individuell formulierten Pflegeprozessplanungen mit der standardisierten Pflegefachsprache ENP*. Kassel: RECOM.
- Bogner, A., Littig, B., & Menz, W.** (2014). *Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Bölicke, C.** (2001). Definitionen zu Standards, Richtlinien, Leitlinien und Standardpflegeplänen. *Pflege aktuell*, 55(2), pp. 96-99.
- Bollinger, H., Gerlach, A., & Grewe, A.** (2006). Die Professionalisierung der Pflege zwischen Traum und Wirklichkeit. In J. Pundt (Ed.), *Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen - Potenziale - Perspektiven*. Bern: Huber, pp. 76-92.
- Brady, A.** (2008). Managing the patient with dysphagia. *Home Healthcare Nurse*, 26(1), pp. 41-46. doi: 10.1097/01.NHH.0000305554.40220.6d
- Brobst, R. A. et al.** (1997). *Der Pflegeprozess in der Praxis*. Bern: Huber.
- Bromme, R., Jucks, R., & Rambow, R.** (2004). Experten-Laien-Kommunikation im Wissensmanagement. In G. Reinmann & H. Mandl (Eds.), *Der Mensch im Wissensmanagement: Psychologische Konzepte zum besseren Verständnis und Umgang mit Wissen*. Göttingen: Hogrefe, pp. 176-188.
- Caldeira, S. M. A. et al.** (2012). Validation of nursing diagnoses - the Differential Diagnostic Validation Model as a strategy. Retrieved from http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2532/pdf_1258 (Accessed: 16.10.2014).
- Chang, B. L.** (1994). Validity of Concepts for Selected Nursing Diagnoses. *Clinical Nursing Research*, 3(3), pp. 183-208.
- Chang, B. L.** (1995). Nursing diagnoses and construct validity of pain, self-care deficit and impaired mobility. *International Journal of Nursing Studies*, 32(6), pp. 556-567.
- Creason, N. S.** (2004). Clinical Validation of Nursing Diagnoses. *International Journal for Nursing Terminologies and Classifications*, 15(4), pp. 123-132.

- Deppmeyer, C.** (1999). Vom Anspruch zur Wirklichkeit - Der Umgang mit Pflegeplanung und Pflegedokumentation. *Die Schwester/Der Pfleger*, 38(9), pp. 743-745.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.** (2013). Advanced Nursing Practice. Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung. Retrieved from www.dbfk.de/download/download/Advanced-Nursing-Practice---Pflegerische-Expertise-2013-02.pdf (Accessed: 30.12.2014).
- Dickoff, J., James, P., & Wiedenbach, E.** (1968). Theory in a practice discipline Part I. Practice oriented theory. *Nursing Research*, 17(5), pp. 415-435.
- Fehring, R. J.** (1987). Methods to validate nursing diagnoses. *Heart & Lung: Journal of Critical Care*, 16(6 part 1), pp. 625-629.
- Fehring, R. J.** (1994). Symposium on Validation Models. 3: The Fehring Model. In R. M. Carroll-Johnson & M. Paquette (Eds.), *Classification of Nursing Diagnoses: Proceedings of the Tenth Conference*. Philadelphia: J. B. Lippincott Company, pp. 55-62.
- Field, M. J. & Lohr, K. N.** (Eds.). (1992). *Guidelines for Clinical Practice: From Development to Use* Washington: National Academy Press.
- Gärtner, R.** (2006). *Von der Pflegeprozessdokumentation zur Leistungstransparenz? Überprüfung der mit ENP verbundenen LEP Nursing 3 Zeitwerte in einer orthopädischen Klinik.* (Diplom- und Prüfungsarbeit für die staatl. Abschlussprüfung), Katholische Stiftungsfachhochschule, München.
- Gärtner, R.** (2008). *Von der Pflegeprozessdokumentation zur Leistungstransparenz? Überprüfung der mit ENP verbundenen LEP Nursing 3 (beta) Zeitwerte in einer orthopädischen Klinik.* *Pflegewissenschaft*, 10(06), pp. 368-373.
- Göpfert-Divivier, W., Mybes, U., & Igl, G.** (2006). Identifizierung von Entbürokratisierungspotenzialen in Einrichtungen der stationären Altenpflege in Deutschland: Abschlussbericht. Retrieved from <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/entbuerokratisierung-in-der-stationaeren-altenhilfe.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> (Accessed: 23.12.2011).
- Gordon, M.** (2001). *Handbuch Pflegediagnosen. Das Buch zur Praxis* (3. ed.). München; Jena: Urban & Fischer.
- Gordon, M. & Bartholomeyczik, S.** (2001). *Pflegediagnosen. Theoretische Grundlagen* (1. ed.). München, Jena: Urban & Fischer.
- Gordon, M. & Sweeney, M. A.** (1979). Methodological Problems and Issues in Identifying and Standardizing Nursing Diagnosis. *Advances in Nursing Science*, 2(1), pp. 1-15.
- Grant, J. S. & Kinney, M. R.** (1992). Using the Delphi Technique to Examine the Content Validity of Nursing Diagnoses. *Nursing Diagnosis*, 3(1), pp. 12-22.
- Grant, J. S., Kinney, M. R., & Guzzetta, C. E.** (1990a). A methodology for validating nursing diagnoses. *Advances in Nursing Science*, 12(3), pp. 65-74.
- Grant, J. S., Kinney, M. R., & Guzzetta, C. E.** (1990b). Using Magnitude Estimation Scaling to Examine the Validity of Nursing Diagnoses. *Nursing Diagnosis*, 1(2), pp. 64-69.
- Haag, S.** (2009). *Effizienzoptimierung der stationären Pflege. Analyse von interventionsbezogenen Bedarfs- und Aufwandszeitwerten.* (Promotionsarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Dr. rer. pol.), Universität Trier.

- Haller, J.** (2017). *Das Pflegeproblem Harninkontinenz: Eine Literaturanalyse zur Weiterentwicklung der Pflegediagnose Belastungsinkontinenz des Pflegeklassifikationssystems European Nursing care Pathways (ENP)*. (Abschlussarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Bachelor of Arts), Fachhochschule für angewandte Wissenschaften Würzburg-Schweinfurt.
- Hardenacke, D.** (2007). Die Validität dreier ENP-Pflegediagnosen am Beispiel der Mangelernährung. *Pflegewissenschaft*, 10(10), pp. 530-538.
- Helmbold, A.** (2010). Weiterentwicklung von ENP im Bereich Mangelernährung auf Grundlage einer Validierungsstudie und einer Literaturstudie. *Pflegewissenschaft*(5), pp. 292-299.
- Helmbold, A. & Berger, S.** (2010). Literaturanalyse zur Körperwaschung - Ein Schritt im Validierungsprozess der ENP-Pflegediagnosen. *Pflegewissenschaft*, 12(2), pp. 100-107.
- Herdman, T. H. & Kamitsuru, S.** (Eds.). (2016). *NANDA International, Inc. Pflegediagnosen: Definitionen und Klassifikation 2015-2017* (1. ed.). Kassel: RECOM.
- Hines, S. et al.** (2011). Identification and nursing management of dysphagia in individuals with acute neurological impairment (update). *International Journal of Evidence-based Healthcare*, 9(2), pp. 148-150. doi: 10.1111/j.1744-1609.2011.00211.x
- Hoskins, L. M.** (1997). How to do a Validation Study. In M. J. Rantz & P. LeMone (Eds.), *Classification of Nursing Diagnoses: Proceedings of the Twelfth Conference*. Glendale: Cinahl Information Systems, pp. 79-86.
- Hügli, A. & Lübcke, P.** (Eds.). (2001). *Philosophie-Lexikon* (4. ed.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Hyun, S. & Park, H.-A.** (2002). Cross-mapping the ICNP with NANDA, HHCC, Omaha System and NIC for unified nursing language system development. *International Nursing Review*, 49(2), pp. 99-110.
- Jasper, M. A.** (1994). Expert: a discussion of the implications of the concept as used in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 20(4), pp. 769-776. doi: 10.1046/j.1365-2648.1994.20040769.x
- Kerr, M. E. et al.** (1993). Taxonomic Validation: An Overview. *Nursing Diagnosis*, 4(1), pp. 6-14.
- Kimmel, A. & Breuninger, K.** (2016). Pflegereform 2017. *Gesundheitswesen*, 78(07), pp. 477-488. doi: 10.1055/s-0042-101411
- Konrad, H.** (2009). *Pneumonieprophylaxe bei Krankenhauspatienten: Analyse von Daten der Pflegeklassifikation ENP® in elektronischen Patientenakten*. Kassel: Recom.
- Kossaibati, S. & Berthou, A.** (2006). *Konzeption und Pilotierung der Einführung von ENP an den Spitälern und Kliniken des Kantons St. Gallen -Schlussbericht*: Institut de santé et d`économie (ISE).
- Kraus, S.** (2015). Der steile Weg zu Qualität: Die systematische Weiterentwicklung und Validierung von ENP-Praxisleitlinien am Beispiel von Schluckstörungen. Ein Erfahrungsbericht. Vortrag am 8. wissenschaftlichen Kongress für IT im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich (ENI) in Hall in Tirol. Retrieved from <http://www.kongress-eni.eu/informationen/letzte-kongresse/texte-videos?download=40:folien-zum-download&start=20> (Accessed: 12.05.2017).
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS).** (2005). Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. Handlungsempfehlungen zur Professionalisierung und Qualitätssicherung in der Pflege. Retrieved from https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Grundsatzstellungennahmen/30_Pflegeprozess_Dok_2005.pdf (Accessed: 10.01.2017).
- Meuser, M. & Nagel, U.** (2002). ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht. In A. Bogner, B. Littig & W. Menz (Eds.), *Das Experteninterview: VS Verlag für Sozialwissenschaften*, pp. 71-93.

- Mittelstraß, J.** (Ed.). (1996). *Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftstheorie Band 4: Sp-Z*. Stuttgart, Weimar: Verlag J.B. Metzler.
- Nißlein, A.** (2017). *Evidence-based Nursing und Professionalisierung im Kontext der beruflichen Pflege. Systematische Weiterentwicklung und Validierung des Pflegeklassifikationssystems European Nursing care Pathways am Beispiel einer Praxisleitlinie*. (Master's Thesis zur Erlangung des akademischen Grades Master of Education), Lehrstuhl für Berufspädagogik, Technische Universität München.
- Ollenschläger, G. et al.** (1999). Leitlinien - Bedeutung, Verbindlichkeit und Qualität: Welche Problematik liegt in der Entwicklung und Einführung von Leitlinien? Retrieved from <http://www.evimed.info/mediapool/46/460824/data/Publ2/osna99.pdf> (Accessed: 10.05.2017).
- Opel, B.** (2004). Die Entwicklung von ENP-Pflegediagnosen durch eine Begriffsanalyse nach Walker/Avant. In P. Wieteck (Ed.), *ENP - European Nursing care Pathways. Standardisierte Pflegefachsprache zur Abbildung von pflegerischen Behandlungspfaden* Bad Emstal: RECOM Verlag, pp. 37-50.
- Palm, R. & Dichter, M.** (Eds.). (2013). *Pflegewissenschaft in Deutschland - Errungenschaften und Herausforderungen. Festschrift für Sabine Bartholomeyczik*. Bern: Huber [u.a.].
- Pelchen, L. et al.** (2016). *Pflegerisches Basis-Assessment (BAss)*. Herausgegeben vom Vorstand der Fachgesellschaft Profession Pflege am 29.08.2016. Aktualisiert am 31.10.2016 Retrieved from <http://www.pro-pflege.eu/files/inhalte/downloads/Pflegerisches%20Basis-Assessment.pdf> (Accessed: 14.05.2017).
- Schaeffer, D. & Wingenfeld, K.** (2014). Entwicklung von Pflegewissenschaft in Deutschland. In D. Schaeffer & K. Wingenfeld (Eds.), *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim [u.a.]: Beltz Juventa, pp. 9-18.
- Schmid, B.** (2007). Homogenitätsprüfung des Pflegeaufwandes in der DRG-Fallgruppe: Erklärungsansatz zur Kostenhomogenität von DRG-Fallgruppen durch Pflegediagnosen/Pflegeaufwand. *PrInterNet*, 9(9), pp. 532-541.
- Schmitt, A.** (2010). Kriteriumsvaliditätsprüfung von ENP auf einer neonatologischen Intensivstation. *PrInterNet*, 12(4), pp. 224-232.
- Schrems, B.** (2003). *Der Prozess des Diagnostizierens in der Pflege*. Wien: Facultas.
- Schütze, F.** (2006). *Interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Erlössicherung*. (Diplomarbeit), Katholische Stiftungsfachhochschule München.
- Tanner, D. C.** (2010). Lessons from nursing home dysphagia malpractice litigation. *Journal of Gerontological Nursing*, 36(3), pp. 41-46. doi: 10.3928/00989134-20100202-06
- Thomas, D. et al.** (2014). Instrumente zur Personalbemessung und -finanzierung in der Krankenhauspflege in Deutschland. Diskussionspapier zur Personalbemessung und -finanzierung in der Krankenhauspflege in Deutschland. *IBES Diskussionsbeitrag, No. 204*. Retrieved from <http://econstor.eu/bitstream/10419/101317/1/796268495.pdf> (Accessed: 31.07.2015).
- Walker, L. O. & Avant, K. C.** (1998). *Theoriebildung in der Pflege*. Wiesbaden: Ullstein Medical.
- Walker, L. O. & Avant, K. C.** (2010). *Strategies for theory construction in nursing* (5 ed.). Boston: Prentice Hall.
- Whitley, G. G.** (1997). Three Phases of Research in Validating Nursing Diagnoses. *Western Journal of Nursing Research*, 19(3), pp. 379-399.

- Wieteck, P.** (2001). *Interventionsstudie zur Qualitätsentwicklung der Pflegedokumentation mit Hilfe eines EDV-gestützten Pflegeplanungsprogrammes in einer stationären Einrichtung.* (Diplomarbeit), Evangelische Fachhochschule Darmstadt, Darmstadt.
- Wieteck, P.** (2003). European Nursing care Pathways (ENP): Pflegerische Behandlungspfade auf der Basis von praxisnahen Theorien entwickeln. *PrInterNet*, 5(11), pp. 84-94.
- Wieteck, P.** (2004a). Ergebnisse einer quantitativen Datenauswertung mittels ENP® in deutschen und österreichischen Einrichtungen. *PrInterNet*, 6(9), pp. 486-494.
- Wieteck, P.** (2006a). Arbeiten mit ENP® - Pflegeprozessdokumentation der Zukunft. *Heilberufe*, 58(11), pp. 62-63.
- Wieteck, P.** (2006b). *Content Validity of ENP® Nursing Diagnoses through Cross Mapping of ICNP® Focus Terms.* Bad Emstal: RECOM.
- Wieteck, P.** (2006c). ENP®-ICNP®-Crossmapping. *PrInterNet*, 08(02), pp. 109-118.
- Wieteck, P.** (2007a). Dokumentation mithilfe der standardisierten Pflegefachsprache ENP®: Pflegeprozess detailliert und aktuell abbilden. *Pflegezeitschrift*, 60(5), pp. 257-259.
- Wieteck, P.** (2007b). Übereinstimmung von Interventionsdokumentationen mit tatsächlich durchgeführten pflegerischen Leistungen. *PrInterNet*, 9(2), pp. 113-120.
- Wieteck, P.** (2007c). *Validitätsprüfung ausgewählter Bestandteile der ENP® (European Nursing care Pathways): ENP® - ein Instrument zur prozessorientierten, fallbezogenen und handlungsbegründenden Pflegeprozessdokumentation.* (Dissertation zur Erlangung des akademischen grades Doctor rerum medicinalium), Universität Witten/Herdecke, Witten.
- Wieteck, P.** (2008a). Furthering the development of standardized nursing terminology through an ENP-ICNP cross-mapping. *International Nursing Review*, 55(3), pp. 296-304. doi: 10.1111/j.1466-7657.2008.00639.x
- Wieteck, P.** (2008b). Furthering the development of standardized nursing terminology through an ENP®-ICNP® cross-mapping. *International Nursing Review*, 55(3), pp. 296-304. doi: 10.1111/j.1466-7657.2008.00639.x
- Wieteck, P.** (2008c). *Validierung von Pflegediagnosen der Pflegeklassifikation ENP (European Nursing care Pathways). Crossmappings von ENP mit ICNP und NANDA. Edition Pflegewissenschaft. Band 1.* Bad Emstal: RECOM.
- Wieteck, P.** (2009). Transfer der Expertenstandards in die Pflegepraxis. Ausblicke bezüglich des Nutzens einer elektronischen Patientenakte mit ENP. *Pflegewissenschaft*, 11(04), pp. 227-239.
- Wieteck, P.** (Ed.). (2004b). *ENP® - European Nursing care Pathways. Standardisierte Pflegefachsprache zur Abbildung von pflegerischen Behandlungspfaden* (1. ed.). Bad Emstal: RECOM Verlag.
- Wieteck, P.** (Ed.). (2013). *Praxisleitlinien Pflege. Planen und Dokumentieren auf Basis von Pflegediagnosen der Klassifikation ENP* (2 ed.). Kassel: RECOM.
- Wieteck, P.** (Ed.). (2014). *ENP-Pflegediagnosen für die Altenpflege. Formulierungshilfen für Ausbildung und Praxis.* Kassel: RECOM.
- Wieteck, P. et al.** (Eds.). (2017). *Handbuch 2017 für PKMS und OPS 9-20. Kodierung und Dokumentation, aktuelle berufspolitische Diskussion, aktivierend-therapeutische Pflege* (8. ed.). Kassel: RECOM.
- Wieteck, P. & Kraus, S.** (2015). Personalbedarf messen: aber wie? *CNE Pflegemanagement*(5), pp. 14-17.

Wieteck, P. & Kraus, S. (2016). *Personalbedarf Pflege. Sektorenübergreifende Analyse der Pflegesituation und ihre Bemessungsgrundlagen mit Handlungsempfehlungen*. Kassel: RECOM GmbH.

Wingenfeld, K., Büscher, A., & Gansweid, B. (2008). Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Abschlussbericht zur Hauptphase 1. Entwicklung eines neuen Begutachtungsinstruments. Überarbeitete und korrigierte Fassung vom 25. März 2008. 133. Retrieved from https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/aq6/downloads/Abschlussbericht_IPW_MDKWL_25.03.08.pdf (Accessed: 10.05.2017).