

Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)



Quinta Edición

Editores

Gloria M. Bulechek

Howard K. Butcher

Joanne McCloskey Dochterman

Reúne toda la información necesaria sobre intervenciones de enfermería, desde la práctica general hasta las especialidades.

Este sistema de clasificación basado en la investigación presenta todo el abanico de intervenciones de enfermería y estandariza y define la base de conocimientos para el currículo y la práctica de enfermería. La *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*, 5.ª edición transmite la naturaleza de la enfermería y facilita la selección y la documentación adecuadas de las intervenciones de enfermería por parte de las enfermeras.

En esta 5.ª edición actualizada y revisada se incluyen:

- **Más de 500 etiquetas de intervenciones de enfermería basadas en la investigación**, con actividades específicas. Cada una incluye una definición y una bibliografía de base recomendada para seguir investigando. Se recoge todo el abanico de intervenciones de enfermería: psicológica y psicosocial; tratamiento y prevención de la enfermedad; promoción de la salud; el individuo, el grupo, la familia y la comunidad; cuidados directos e indirectos, e intervenciones individuales y en equipo.
- **¡NUEVO!** Mayor cobertura de las intervenciones, con **34 nuevas intervenciones** que tratan temas tan importantes como el manejo del desfibrilador, la recogida de datos forenses, la conciliación de la medicación, el manejo de la terapia trombolítica y el de los cuidados de las heridas por quemaduras.
- **¡NUEVO!** **Revisión de 83 intervenciones** para ofrecer la información más actualizada sobre una amplia variedad de ellas, como el manejo de la quimioterapia y la radioterapia, la hipnosis, la terapia de ejercicios y la prevención del shock.
- **¡NUEVO!** **Actualización y ampliación de las listas de intervenciones centrales** para 45 especialidades de enfermería.
- **¡NUEVO!** **Actualización y ampliación de la lista del tiempo estimado y el nivel de formación** necesarios para realizar las intervenciones NIC.
- **¡NUEVO!** **Información sobre la publicación de cada intervención**, en la que se especifica la cronología del desarrollo y de la revisión de cada una de ellas.

Índice



- PRIMERA PARTE** *Elaboración y uso de la Clasificación, 1*
- Capítulo 1** Introducción a la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), 3
 - Capítulo 2** Desarrollo, verificación e implementación de la NIC: 1987-2007, 19
 - Capítulo 3** Utilización de la NIC, 45
- SEGUNDA PARTE** *Taxonomía de las intervenciones de enfermería, 73*
- TERCERA PARTE** *Clasificación, 91*
- CUARTA PARTE** *Intervenciones centrales según especialidades de enfermería, 795*
- QUINTA PARTE** *Tiempo estimado y nivel de formación necesarios para realizar intervenciones de la NIC, 829*
- SEXTA PARTE** *Apéndices, 863*
- A Intervenciones: nuevas, revisadas y suprimidas desde la cuarta edición, 865
 - B Guías para la presentación de una intervención nueva o revisada, 868
 - C Momentos destacados: Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), 873
 - D Llamamiento a revisores expertos: Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness, 878
 - E Publicaciones seleccionadas, 881
 - F Abreviaturas, 893

Índice alfabético, 896

PRIMERA PARTE



Elaboración y uso de la Clasificación



Introducción a la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)

DESCRIPCIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) es una clasificación normalizada completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería. Es útil para la documentación clínica, la comunicación de cuidados en distintas situaciones, la integración de datos entre sistemas y situaciones, la investigación eficaz, la cuantificación de la productividad, la evaluación de la competencia, la retribución y el diseño de programas. La clasificación incluye las intervenciones realizadas por los profesionales de enfermería en función de los pacientes, intervenciones tanto independientes como en colaboración, y cuidados tanto directos como indirectos. Una *intervención* se define como *cualquier tratamiento, basado en el criterio y el conocimiento clínico, que realiza un profesional de la enfermería para mejorar los resultados del paciente*. Aunque el profesional individual sólo será competente en un número limitado de intervenciones que reflejen su especialidad, la Clasificación en su totalidad abarca las competencias de todo el personal de enfermería. La NIC puede utilizarse en todas las situaciones (unidades de cuidados intensivos, cuidados domiciliarios, cuidados en hospitales y atención primaria) y en todas las especialidades (desde el cuidado crítico hasta el cuidado ambulatorio y a largo plazo). La Clasificación en su totalidad describe las competencias de enfermería; sin embargo, algunas de las intervenciones de la Clasificación también las realizan otros profesionales. Todos los profesionales de la salud son bienvenidos en el uso de la NIC para describir sus tratamientos.

Las intervenciones NIC incluyen tanto la esfera fisiológica (p. ej., Manejo ácido-base) como la psicosocial (p. ej., Disminución de la ansiedad). Las intervenciones se han incluido para el tratamiento de enfermedades (p. ej., Manejo de la hiperglucemia), la prevención de enfermedades (p. ej., Prevención de caídas) y para el fomento de la salud (p. ej., Fomento del ejercicio). La mayoría de las intervenciones son para su utilización en individuos, pero muchas de ellas son para su uso en familias (p. ej., Estimulación de la integridad familiar) y algunas para ser empleadas en comunidades enteras (p. ej., Manejo ambiental: comunidad). También se incluyen intervenciones de enfermería indirectas (p. ej., Manejo de los suministros). Cada intervención que aparece en la Clasificación está catalogada con una denominación, una definición, una serie de actividades para llevar a cabo la intervención y lecturas de referencia.

En esta edición hay 542 intervenciones y más de 12.000 actividades. Las partes normalizadas de la intervención son su denominación y la definición: cuando se utilizan **no deberían** cambiarse. Esto permite la comunicación entre diferentes situaciones y la comparación de resultados. Sin embargo, los cuidados pueden individualizarse a través de las actividades. A partir de una lista de aproximadamente entre 10 y 30 actividades, el profesional elige las actividades apropiadas para un individuo o familia concreta y, si lo desea, después puede añadir nuevas actividades. Todas las modificaciones o ampliaciones en las actividades deben ser congruentes con la definición de la intervención. Para cada intervención, las actividades están listadas en orden lógico, empezando por lo primero que debería realizar el profesional de enfermería y finalizando por lo que debería hacer en último lugar. En muchas actividades el orden que ocupen no es importante, en cambio en otras se debe tener en cuenta la secuencia temporal. Las listas de actividades son bastante largas dado que la Clasificación ha de satisfacer las necesidades de múltiples usuarios; los estudiantes y los principiantes necesitan directrices más concretas que los profesionales de enfermería experimentados. Las actividades no están estandarizadas dado que, por una parte, sería prácticamente imposible, ya que hay más de 12.000 y, por otra, frustraría el propósito de utilizarlas para los cuidados individualizados. La breve bibliografía que hay al final de

cada intervención es la que se considera más útil para el desarrollo de la intervención o para apoyar alguna de sus actividades. Si no se conoce una determinada intervención, la bibliografía es un punto de partida para iniciar la lectura, pero de ningún modo es una lista de referencias completa ni incluye toda la investigación sobre la intervención. Para esta edición, igual que en las anteriores, en algunas intervenciones hemos actualizado la bibliografía.

Aunque las listas de actividades son muy útiles para la enseñanza de una intervención y para su implantación, no son la esencia de la Clasificación. Las etiquetas y las definiciones de las intervenciones son la clave de la Clasificación; los nombres proporcionan una etiqueta resumen para actividades concretas y nos permiten identificar y comunicar nuestro trabajo. Antes de la NIC sólo teníamos largas listas de actividades; con la NIC podemos comunicar con facilidad nuestras intervenciones con la etiqueta, que se define con una definición formal y una lista de actividades.

Las intervenciones están agrupadas en 30 clases y 7 campos para facilitar su uso. Los 7 campos son: Fisiológico: básico, Fisiológico: complejo, Conductual, Seguridad, Familia, Sistema sanitario y Comunidad (véase la Clasificación, a partir de la pág. 74). Algunas intervenciones se encuentran en más de una clase, pero cada una de ellas tiene un número único (código) que identifica la clase principal y que no se utiliza para ninguna otra intervención. La taxonomía de la NIC se codificó por varias razones: (1) para facilitar su uso informático, (2) para facilitar una manipulación sencilla de los datos, (3) para aumentar la articulación con otros sistemas codificados y (4) para permitir su uso en las retribuciones. Los códigos para los 7 campos son 1-7; los códigos para las 30 clases son A-Z, más a, b, c y d. Cada intervención tiene un número único compuesto de cuatro espacios. Si se prefiere, las actividades pueden codificarse secuencialmente después del decimal utilizando dos dígitos (los números no están incluidos en el texto para no distraer al lector). Un ejemplo de un código completo es 4U-6140.02 (campo Seguridad, clase Control en casos de crisis, intervención Manejo del código de urgencias, segunda actividad: «Asegurar la permeabilidad de vías aéreas, la administración de respiración artificial y la realización de compresiones cardíacas»).

Las intervenciones de la NIC se han relacionado con los diagnósticos de enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), los resultados de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)¹², los problemas del Omaha System¹¹, los protocolos de valoración de residentes (RAP) utilizados en residencias de enfermería⁴, y el Outcome and Assessment Information Set (OASIS)⁵ actualmente obligatorio en la recogida para pacientes con cobertura de Medicare o Medicaid y que están recibiendo asistencia domiciliar técnica. Las relaciones con el Omaha, los RAP y el OASIS están disponibles en el Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness en el University of Iowa College of Nursing. La NIC está relacionada con los diagnósticos de la NANDA y los resultados de la NOC en un libro publicado por Mosby el año 2003¹².

El lenguaje utilizado en la Clasificación es claro, está redactado de manera lógica y refleja el lenguaje utilizado en la práctica. Los ensayos enviados a los médicos, así como 15 años de uso de la Clasificación, han demostrado que todas las intervenciones se utilizan en la práctica. Aunque la lista global de 542 intervenciones a primera vista pueda parecer abrumadora al profesional de enfermería, hemos observado que el personal pronto descubre las intervenciones utilizadas más a menudo en su especialidad o en su población de pacientes. Otras maneras para localizar las intervenciones deseadas son la taxonomía, las relaciones con los diagnósticos y las intervenciones centrales para especialidades de enfermería también incluidas en esta edición.

La Clasificación se actualiza continuamente y tiene un proceso continuo de respuesta y de revisión. Al final de este libro están las instrucciones para que los usuarios propongan sugerencias para la modificación de intervenciones existentes o nuevas intervenciones (véase el Apéndice B). Muchos de los cambios de esta edición se han producido como resultado del tiempo que los investigadores y los médicos se han tomado para enviar sugerencias para modificaciones basadas en su investigación y uso. Estas propuestas se someten a un proceso de revisión de dos niveles: primero por parte de personas escogidas y después por todo el equipo de investigación. Las intervenciones que precisan más trabajo se envían al autor para su revisión. Todas las personas cuyos cambios propuestos están incluidos en la siguiente edición se mencionan en el apartado de agradecimientos del libro. Las nuevas ediciones de la Clasificación están programadas cada 4 años, aproximadamente. En el Center for Nursing Classifica-

tion and Clinical Effectiveness en la University of Iowa disponen de los trabajos realizados entre ediciones y de otras publicaciones importantes que aumentan el uso de la Clasificación.

La investigación para desarrollar la NIC empezó en 1987 y ha pasado por cuatro fases, que se han solapado en el tiempo:

Fase I: Elaboración de la clasificación (1987-1992).

Fase II: Elaboración de la taxonomía (1990-1995).

Fase III: Prueba y perfeccionamiento clínicos (1993-1997).

Fase IV: Uso y mantenimiento (a partir de 1996).

En el siguiente capítulo se describe el trabajo realizado en cada una de estas fases. La investigación empezó con 7 años de subvención de los National Institutes of Health, National Institute of Nursing Research. El trabajo continuado es apoyado por el Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness en el College of Nursing en la University of Iowa, financiado parcialmente por el College of Nursing y la University y parcialmente por los ingresos de las licencias y productos relacionados. La NIC fue desarrollada por un gran equipo de investigación cuyos miembros representaban múltiples áreas de conocimiento clínico y metodológico. El año 2002, los miembros de este equipo, así como otros que contribuyeron al desarrollo continuo de la NIC, fueron nombrados «colaboradores» del Center por períodos de 3 años. Para más información sobre el Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness, que guarda la NIC y la NOC, visitar la página web: <http://www.nursing.uiowa.edu/cnc>.

Para el desarrollo de la NIC se han utilizado múltiples métodos de investigación. En la fase I se ha utilizado una propuesta inductiva para elaborar la Clasificación según la práctica existente. Las fuentes originales fueron libros de texto actuales, guías de planificación de cuidados y sistemas de información de enfermería. Para aumentar el conocimiento de la práctica clínica de los miembros del equipo se utilizaron análisis de contenidos, revisión de grupos comunes o uniformes, y cuestionarios a expertos en áreas de especialidades de la práctica. La fase II se caracterizó por métodos deductivos. Los métodos para elaborar la taxonomía incluyeron análisis de similitudes, agrupaciones jerárquicas y escalas multidimensionales. Durante todo el proceso de examen del campo clínico, se desarrollaron y se probaron los pasos para la implantación y se identificaron las necesidades de las relaciones entre la NANDA-I, la NIC y la NOC. Durante este tiempo, más de 1.000 profesionales de enfermería han rellenado cuestionarios, y aproximadamente 50 asociaciones de profesionales han proporcionado su opinión sobre la Clasificación. El siguiente capítulo proporciona más información acerca de la investigación para elaborar y validar la NIC; en capítulos de las primeras ediciones de la NIC se proporcionan más detalles, así como en numerosos artículos. Un buen documento sobre el trabajo inicial es un vídeo realizado por la National League of Nursing, actualmente disponible para su alquiler en el Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness en la University of Iowa. En la página web del Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness se ofrece información actual.

Existen varias herramientas para ayudar a implantar la Clasificación. En este libro se incluyen la estructura taxonómica para ayudar al usuario a encontrar la intervención de elección, las listas de intervenciones centrales por áreas de especialidad, y el tiempo y el nivel de formación necesarios estimados para realizar cada intervención. Además, en el Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness hay una monografía de educación para demostrar una implantación del programa y el uso de la NIC y de la NOC en el currículo de un estudiante¹⁰, así como las monografías de las relaciones descritas anteriormente. El Center conserva una LISTSERV y una hoja informativa (*The NIC/NOC Letter*), que difunde información actual. En la University of Iowa también hay un curso web sobre los principios básicos del lenguaje estandarizado, la NANDA-I, la NIC y la NOC. Todos estos recursos se explican detalladamente en la página web <http://www.nursing.uiowa.edu/cnc>.

Una indicación de utilidad es el reconocimiento nacional. La NIC está reconocida por la American Nurses Association (ANA) y está incluida como un conjunto de datos que aportan unas normas uniformes para el ANA's Nursing Information and Data Set Evaluation Center (NIDSEC). La NIC también está incluida en el *Metathesaurus for a Unified Medical Language* de la National Library of Medicine. El

Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) ha añadido la NIC en sus índices de enfermería. La NIC está incluida en The Joint Commission's (TJC) (antes llamada Joint Commission on Accreditation for Health Care Organizations [JCAHO]) como un sistema de clasificación de enfermería que puede utilizarse para satisfacer los estándares sobre datos uniformes. La Alternative Link Inc.¹ ha incluido la NIC en sus códigos ABC para la retribución a profesionales alternativos. La NIC está registrada en Health Level 7 (HL7), la organización de estándares estadounidenses para la asistencia sanitaria. La NIC también está incluida en la Systematized Nomenclature of Medicine (SNOMED). El interés de la NIC se ha demostrado en otros países; se ha realizado, o se está llevando a cabo, la traducción al alemán, coreano, chino, español, francés, holandés, islandés, japonés y portugués (véase el Apéndice E, Publicaciones Seleccionadas, para las traducciones de las ediciones anteriores).

Sin embargo, el mejor indicador de su utilidad es la creciente lista de profesionales y de centros de salud que utilizan la NIC. Muchos centros han adoptado la NIC para aplicarla en estándares, planes de cuidados, evaluación de competencia y sistemas de información de enfermería; los programas de enseñanza de enfermería utilizan la NIC para estructurar el currículum e identificar competencias de los profesionales de enfermería licenciados; los proveedores de sistemas de información están incorporando la NIC en su *software*; autores de libros importantes utilizan la NIC para comentar los tratamientos de enfermería, y algunos investigadores están utilizando la NIC para estudiar la efectividad de los cuidados de enfermería. El permiso para utilizar la NIC en publicaciones, sistemas de información y cursos web debe solicitarse a Elsevier. Parte del dinero para adquirir un permiso es devuelto al Center para ayudar al desarrollo continuo de la Clasificación.

PROYECTOS RELACIONADOS: CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA, CLASIFICACIÓN DE LA AMPLIACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA, NNN ALLIANCE Y CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS DE ENFERMERÍA

La investigación de la NIC ha «prolongado» algunos otros proyectos, entre los que destacan la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) y la Clasificación de la Ampliación de Diagnósticos de Enfermería (CADE). Otro proyecto, el Conjunto Mínimo Básico de Datos de Enfermería (CMBDE), aunque no es una prolongación directa de la NIC, estuvo relacionado y muy apoyado por algunos de los investigadores de la NIC que habían ayudado a identificar la necesidad. La NNN Alliance es un esfuerzo para aumentar la colaboración entre la NANDA-I, la NIC y la NOC. A continuación se explican brevemente estos proyectos relacionados, dado que a menudo nos hacemos preguntas sobre ellos y son importantes para la utilización de la NIC.

NOC: Clasificación de Resultados de Enfermería

Pronto se comprendió que, además de la de los diagnósticos y de las intervenciones, también era necesaria una tercera clasificación, los resultados de los pacientes, para completar los requisitos de la documentación clínica de enfermería. Uno de los miembros del equipo de la NIC, Meridean Maas, recurrió a una compañera, Marion Johnson, que desde hacía tiempo había expresado su interés por los resultados, y juntas decidieron formar otro equipo de investigación para desarrollar una clasificación de resultados de pacientes. Intentaron reclutar personas distintas para no debilitar al equipo de la NIC, aunque algunos de los miembros del equipo de la NOC también eran miembros del equipo de la NIC; esto ha sido una condición importante para la continuidad y el entendimiento entre los dos grupos. Los primeros años de la NOC McCloskey y Bulechek actuaron como consultoras del nuevo equipo. Los investigadores del equipo de la NOC fueron capaces de utilizar, o modificar y utilizar, muchas de las propuestas y de los métodos de investigación desarrollados por el equipo de la NIC. El equipo de la NOC se creó en 1991, y la primera edición de la NOC fue publicada en 1997. El nombre de la clasificación y el acrónimo fue escogido deliberadamente para que hubiera una asociación con la NIC.

La *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*, fue publicada por primera vez por Mosby en 1997, con ediciones actualizadas en los años 2000, 2004 y 2008¹⁵. Las nuevas ediciones de la NIC y la

NOC están en un ciclo de publicación simultáneo. Los resultados de los pacientes sirven de criterios frente a los que valorar el éxito de una intervención de enfermería. Cada resultado tiene una definición, una lista de indicadores que pueden utilizarse para evaluar el estado del paciente en relación con el resultado, una escala de Likert de cinco puntos para medir el estado del paciente, y una breve lista de referencias utilizadas en el desarrollo del resultado (véase el capítulo 3 para un ejemplo de un resultado de la NOC.) Algunos ejemplos de escalas utilizadas en los resultados son: 1, riesgo muy alto, a 5, sin riesgo; y 1, no demostrado, a 5, totalmente demostrado. Los resultados están desarrollados para utilizarse durante todo el proceso de cuidados y, por lo tanto, pueden utilizarse para seguir los resultados del paciente durante una enfermedad o durante un periodo más amplio de cuidados. La NOC, igual que la NIC, se encuentra en el Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness en el University of Iowa College Nursing. Aunque la NOC sólo existe desde 1997, hay numerosas traducciones a otras lenguas y múltiples adopciones, tanto en la práctica como en la educación.

CADE: Clasificación de la Ampliación de Diagnósticos de Enfermería

Mientras trabajaban en el avance de la NIC y de la NOC, algunos de los miembros de la NIC que habían participado activamente en la asociación NANDA-I durante años empezaron a discutir la necesidad de revisar y ampliar la clasificación de la NANDA-I. Con frecuencia la actitud inicial hacia la NIC está influenciada por la actitud hacia la NANDA-I: una actitud positiva hacia la NANDA-I predispone a adoptar la NIC, mientras que una actitud negativa o indeterminada hacia la NANDA-I produce indiferencia para prestar atención a la NIC. Aunque la NIC (y la NOC) puede utilizarse sin la NANDA-I, en cualquier encuentro con un paciente es deseable conocer los diagnósticos, las intervenciones y los resultados.

El uso de un lenguaje normalizado en enfermería empezó con el desarrollo de la clasificación de la NANDA-I durante la década de 1970. El uso de los diagnósticos de la NANDA-I, tanto en la práctica como en la enseñanza, se extendió rápidamente durante la década de 1980. La NANDA-I se ha traducido a muchas lenguas y es utilizada en más de 20 países de todo el mundo. Sin embargo, en Estados Unidos y en algunos lugares de Europa empieza a mostrarse cierto desencanto hacia el lenguaje, la estructura taxonómica y el lento proceso de cambio. Durante la década de 1980, a medida que los recursos y el número de miembros de la organización disminuían, se perdía el interés hacia la NANDA-I. Otro miembro del equipo de investigación de la NIC, Martha Craft-Rosenberg, decidió actuar para ayudar a mejorar la clasificación de la NANDA-I. En noviembre de 1993, ella y otra compañera de la University of Iowa, Connie Delaney, formaron el equipo de investigación de la Clasificación de la Ampliación de Diagnósticos de Enfermería (CADE). Aproximadamente un año después, realizaron un contrato escrito con el comité de gobierno de la NANDA-I para perfeccionar los diagnósticos existentes y desarrollar nuevos diagnósticos. En la convención de la NANDA-I de 1998, este equipo, actualmente conducido por Craft-Rosenberg, Delaney y Janice Denehy, propuso un gran número de diagnósticos mejorados y algunos diagnósticos nuevos para su discusión. La edición 1999-2000 de la clasificación de la NANDA-I¹⁶ incluye una parte de estas actualizaciones y las maneras de proceder que a partir de la conferencia de 1998⁶ describen íntegramente el trabajo de la CADE. El año 2002 Martha Craft-Rosenberg se convirtió en presidenta electa y luego fue la presidenta de la organización de la NANDA-I de 2004 a 2006.

NNN Alliance

La NNN Alliance (conocida como *3N Alliance*), creada el año 2001, representa una relación virtual y de colaboración entre la NANDA-I y el Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness (CNC) en la University of Iowa. El objetivo de esta alianza es avanzar en el desarrollo, la verificación y el perfeccionamiento del lenguaje enfermero. Las fundadoras de la alianza fueron Dorothy Jones (ex presidenta de la NANDA-I) y Joanne McCloskey Dochterman (ex directora del Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness). La presidenta de la NANDA-I y la directora del CNC ejercen de copresidentas, siendo las juntas de gobierno de cada organización la junta de gobierno de la Alianza. En la actuali-

dad la Alianza ha finalizado dos proyectos: la conferencia NNN y la Taxonomía de la Práctica Enfermera. Aunque la NANDA-I, la NIC y la NOC han celebrado juntas dos congresos durante la década de 1990, el primer congreso oficial de la NNN se celebró en Chicago durante la primavera de 2002 como resultado de la planificación de un comité de trabajo de la Alianza con Nursecom. El congreso tuvo mucho éxito con más de 300 participantes de muchos países. El segundo congreso NNN del año 2004 se celebró en Chicago, y el tercero se celebró en Filadelfia en 2006.

La Taxonomía de la Práctica Enfermera es una estructura de organización común creada por la Alianza. Se creó a través del apoyo de una subvención de la National Library of Medicine⁸ para un congreso celebrado en agosto de 2001. Durante este encuentro, los participantes estudiaron las clasificaciones del lenguaje, las nomenclaturas y los conjuntos de datos existentes. Al final del congreso se recopiló el trabajo de los asistentes al congreso y se creó el primer borrador de una estructura unificadora común para diagnósticos, intervenciones y resultados (NANDA-I, NIC y NOC). Después, la estructura propuesta se repartió entre los participantes en el congreso y fue expuesta a la comunidad enfermera para su respuesta en la NNN Conference en abril de 2002 y en las páginas web de la NANDA y del CNC. Las revisiones del documento se basaron en las respuestas, y el manuscrito, *Collaboration in Nursing Classification: The Creation of a Common Unifying Structure for NANDA, NIC and NOC*, fue preparado por Dochterman y Jones y es el primer artículo de la monografía titulada *Harmonization in Nursing Language Classification*, publicado por la ANA el año 2003⁹.

CMBDE: Conjunto Mínimo Básico de Datos de Enfermería

El propósito de este trabajo es desarrollar un conjunto de datos normalizados de control que puedan ser utilizados por los directores de enfermería para ampliar y aumentar los datos clínicos (Conjunto Mínimo de Datos de Enfermería [CMDE]). Diane Huber y Connie Delaney, que trabajaron con otras personas durante años, han tomado el liderazgo para desarrollar variables y definiciones para el CMBDE. En 1995 recibieron una subvención de la American Organization of Nurse Executives (AONE) para dirigir una conferencia para perfeccionar el trabajo inicial. Los resultados se publicaron en una monografía de la AONE el año siguiente⁷. El CMBDE consta de 17 variables que se agrupan en tres dimensiones: entorno, recursos de cuidados y recursos financieros. Las variables de la dimensión del entorno consisten en el tipo de unidad/servicio de suministro de cuidados, población de pacientes, volumen de la unidad/servicio de suministro de cuidados, acreditación de la unidad/servicio de suministro de cuidados, centralización, complejidad, accesibilidad del paciente, método de suministro de cuidados y complejidad de la toma de decisiones clínicas. Las variables de la dimensión de los recursos de cuidados incluyen el perfil demográfico de dirección, el personal de apoyo a los cuidados del personal/paciente, el perfil demográfico del personal de cuidados de enfermería y la satisfacción del personal. Las variables de la dimensión de los recursos financieros incluyen el tipo de pago, la retribución, el presupuesto de la unidad/servicio de suministro de cuidados y los gastos. En una monografía se han publicado las definiciones y las medidas de cada variable.

PREGUNTAS FRECUENTES ACERCA DE LA NIC

En esta sección hemos intentado responder a algunas de las preguntas más comunes acerca de la NIC. La comprensión de las razones por las que las cosas se han hecho de una determinada manera (o no) ayudará a un mejor uso de la NIC. Esta sección se empezó en la segunda edición de la NIC; el orden de las preguntas refleja, hasta cierto punto, el orden en que nos hemos planteado estas cuestiones y los tipos de problemas que se producían a medida que el uso de la clasificación aumentaba.

1. ¿Por qué se han incluido ciertas actividades básicas en la lista de actividades para algunas intervenciones pero no para otras? Por ejemplo, ¿por qué debe incluirse una actividad relacionada con el registro en las denominaciones Planificación del alta y Derivación y no en todas las denominaciones?, ¿por qué debe incluirse una actividad relacionada con la evaluación de resultados en la denomi-

nación Planificación del alta y no en todas las denominaciones de intervenciones? O, ¿por qué debe incluirse una actividad sobre el establecimiento de la confianza en las denominaciones Terapia de reminiscencia o Grupo de apoyo pero no en otras denominaciones de intervenciones?

Las actividades básicas se incluyen *cuando son críticas* (p. ej., absolutamente imprescindibles para comunicar la esencia de la intervención) para la puesta en práctica de esa intervención. No están incluidas cuando forman parte de la rutina pero no son una parte integral de la intervención. Por ejemplo, lavarse las manos es una parte rutinaria de muchas intervenciones físicas, pero no es crítica para intervenciones como Baño o Cuidados de la piel. (No estamos diciendo que para estas intervenciones no deberían lavarse las manos, sólo que no es una actividad crítica.) Sin embargo, lavarse las manos es una parte crítica de intervenciones como Control de infecciones y Cuidados de las lentillas de contacto.

2. ¿Cómo debo decidir la intervención a utilizar cuando ésta incluye una actividad que remite a otra intervención? En algunas intervenciones de la NIC hay referencias en la lista de actividades a otra intervención. Por ejemplo, la intervención Manejo de las vías aéreas contiene una actividad que dice «realizar la aspiración endotraqueal o nasotraqueal, si procede». Hay otra intervención en la NIC, Aspiración de las vías aéreas, que está definida como «extracción de secreciones de las vías aéreas mediante la introducción de un catéter de aspiración en la vía aérea oral y/o la tráquea del paciente» y tiene una lista de 25 actividades. Otro ejemplo es la intervención Manejo del dolor, que contiene una actividad que dice «enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (retroalimentación, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, hipnosis, relajación, capacidad de imaginación guiada, terapia musical, distracción, terapia de juego, terapia de actividad, acupresión, aplicación de calor/frío y masajes) antes, después y, si fuera posible, durante las actividades dolorosas; antes de que se produzca el dolor o de que aumente; y junto con las otras medidas de alivio del dolor». Casi todas las técnicas de esta actividad que figuran entre paréntesis aparecen en la NIC como intervenciones, cada una con su definición y su grupo de actividades definitorias. Los dos ejemplos muestran que, a veces, las intervenciones más globales y abstractas remiten a otras intervenciones. En ocasiones son necesarias las intervenciones más globales, en otras las más específicas y algunas veces ambas. La selección de las intervenciones de enfermería que han de utilizarse con un paciente forma parte de la toma de decisiones clínicas de un profesional de enfermería. La NIC refleja todas las posibilidades. El profesional debe elegir la(s) intervención(es) para un paciente determinado utilizando los seis factores descritos en el capítulo 3.

3. ¿Cuándo se desarrolla una nueva intervención? ¿Por qué creemos que cada una de nuestras intervenciones es diferente de las demás de la Clasificación? ¿Quizá son las mismas pero con distinto nombre? Hemos desarrollado el principio guía, una nueva intervención se añade si como mínimo el 50% de las actividades son diferentes de otra intervención relacionada. De esta manera, cada vez que se propone una nueva intervención, es revisada y contrastada con las ya existentes. Si como mínimo el 50% de las actividades no son distintas, se considera que no es significativamente diferente para su inclusión en la Clasificación.

En las intervenciones que son tipos de una intervención más general (p. ej., Asesoramiento sexual es un tipo de Asesoramiento; Cuidados de la sonda gastrointestinal es un tipo de Cuidado del drenaje), las actividades más pertinentes se repiten en la intervención más concreta, de manera que ésta pueda permanecer por sí misma. Esto no debe ocurrir en todas las actividades, sino más bien en aquellas que son esenciales para llevar a cabo la intervención. Además, ésta debe tener al menos el 50% de las actividades nuevas.

4. ¿Incluye la NIC la importante función de control y seguimiento por parte del profesional de enfermería? Por supuesto que sí. La NIC incluye muchas intervenciones de vigilancia y seguimiento (p. ej., Monitorización fetal electrónica: antes del parto, Seguimiento de la política sanitaria, Monitorización de la presión intracraneal [PIC], Monitorización neurológica, Monitorización del recién nacido, Vigilancia, Vigilancia: al final del embarazo, Vigilancia: seguridad, Monitorización de los signos vitales). Estas intervenciones contienen principalmente actividades de control y de seguimiento, aunque

también incluyen algunas actividades que reflejan el procedimiento de juicio clínico o lo que piensan los profesionales de enfermería cuando realizan el control. Estas intervenciones determinan lo que hay que buscar y realizar cuando se produce un acontecimiento esperado. Además, todas las intervenciones de la NIC incluyen actividades de control cuando éstas se realizan como parte de una intervención. *Controlar e identificar* son las palabras que utilizamos para designar actividades de valoración que forman parte de una intervención. En esta clasificación de intervenciones hemos intentado utilizar estos términos en lugar de la palabra *valoración*, dado que éste es el término utilizado en el proceso de enfermería para referirse a las actividades anteriores al diagnóstico.

5. ¿Incluye la NIC intervenciones que ha de utilizar un profesional de atención primaria, especialmente las diseñadas para fomentar la salud? Sí, efectivamente. Aunque éstas no están agrupadas en una clase, la NIC contiene todas las intervenciones utilizadas por el personal de enfermería para fomentar la salud. Por ejemplo, Apoyo en la toma de decisiones, Ayuda para dejar de fumar, Educación sanitaria, Facilitar el aprendizaje, Facilitar la autorresponsabilidad, Fomentar el desarrollo: adolescentes, Fomentar la paternidad, Fomentar la salud bucal, Fomento del ejercicio, Guía de anticipación, Identificación de riesgos, Manejo de la inmunización/vacunación, Manejo de la nutrición, Manejo del peso y Prevención del consumo de sustancias nocivas. Prescribir medicación es una intervención utilizada por profesionales de enfermería con conocimientos avanzados que trabajan en asistencia primaria.

6. ¿Incluye la NIC los tratamientos utilizados por los profesionales de enfermería especialistas? Sí, totalmente. Muchas de las intervenciones de la NIC requieren educación avanzada y experiencia en la especialidad clínica. Por ejemplo, las siguientes intervenciones reflejan la práctica de un profesional que presta cuidados en obstetricia: Amnioinfusión, Parto, Monitorización fetal electrónica: antes del parto, Facilitar el duelo: muerte perinatal, Cuidados del embarazo de alto riesgo, Inducción al parto, Supresión de las contracciones de parto, Manejo de la tecnología reproductora y Ultrasonografía: obstétrica. Para la mayoría de especialidades puede determinarse una lista parecida (véase la Cuarta parte, Intervenciones centrales para las áreas de una especialidad.)

El American Board of Neuroscience Nursing ha incorporado la NIC en su examen para obtener el certificado basándose en encuestas de definición de roles, de las que se obtuvo información para definir la práctica enfermera en neurociencias³. La American Association of Neuroscience Nurses ha incorporado la NIC en los estándares de organización de la práctica y ha identificado las intervenciones centrales para la enfermería de neurociencias, que aparecen en la cuarta parte de este texto. Susan Beyea² anima a las organizaciones de especialidades a utilizar los lenguajes estandarizados disponibles cuando desarrollen estándares y guías de práctica enfermera para la población de interés.

7. ¿Incluye la NIC terapias alternativas? Suponemos que esta pregunta hace referencia a los tratamientos que no forman parte de la práctica médica habitual en EE.UU. Las intervenciones de la NIC que pueden figurar como terapias alternativas incluyen Acupresión, Aromaterapia, Biorretroalimentación, Contacto terapéutico, Entrenamiento autogénico, Facilitar la meditación, Hipnosis, Imaginación simple dirigida, Llevar un diario y Terapia de relajación simple. Muchas de estas intervenciones están incluidas en la clase «Fomento de la comodidad psicológica». A medida que formen parte de la práctica aceptada de enfermería, se añadirán otras terapias alternativas a la NIC; en la cuarta edición hemos incluido, por primera vez, la Aromaterapia. Las intervenciones de la NIC también están incluidas en los códigos ABC¹ de Alternative Link para su uso por parte de otros proveedores (proveedores distintos a los médicos alopáticos) para documentar los cuidados para su retribución.

8. ¿Cómo encontrar las intervenciones que se desea utilizar habiendo tantas en la NIC? A primera vista la NIC, con cerca de 500 intervenciones, puede parecer abrumadora. Sin embargo, debe recordarse que la NIC cubre el campo práctico de *toda la enfermería*. Regularmente, el profesional utilizará sólo una parte de las intervenciones de la NIC. Éstas pueden identificarse revisando las clases de la

taxonomía más relevantes para un área concreta de la práctica de enfermería. En los centros con sistemas de información de enfermería, las intervenciones pueden agruparse por clase de taxonomía, diagnóstico de enfermería, población de pacientes (p. ej., quemados, cardíacos, maternidad), por especialidad de enfermería o por unidad. Muchos sistemas informáticos permitirán al profesional crear y mantener una biblioteca personal de las intervenciones más utilizadas. Quienes utilizan la Clasificación nos han dicho que identifican rápidamente un número relativamente pequeño de intervenciones que reflejan el núcleo de su actividad.

9. ¿Puedo cambiar las actividades de una intervención al utilizarlas en mi paciente? Sí. El lenguaje normalizado es el nombre de la denominación y la definición, y el nombre y la definición deben seguir siendo los mismos para todos los pacientes y para todas las situaciones. Las actividades pueden modificarse para que reflejen mejor las necesidades de una situación concreta. Ésta es una de las ventajas de la NIC: proporciona un lenguaje normalizado que nos ayudará a comunicar nuestras intervenciones en diferentes situaciones y al mismo tiempo permite realizar cuidados individualizados. Las actividades de la NIC utilizan modificadores «según proceda», «según sea necesario» y «según se indique» para reflejar que las personas son únicas y puede ser necesario un enfoque diferente. Las actividades de la NIC incluyen a pacientes de todas las edades y, cuando se emplean con adultos, algunas de las actividades dirigidas a los niños pueden no ser convenientes (y viceversa); en este caso, tales actividades pueden omitirse de la lista de la institución. Además, las intervenciones de la NIC no son un nivel de procedimiento de especificidad y es posible que algunos centros deseen ser más específicos para reflejar los protocolos particulares desarrollados para su población. Las actividades pueden modificarse fácilmente para reflejar esta situación. Aunque creemos que las actividades pueden y deben ser modificadas para satisfacer las necesidades individuales, *advertimos de que las actividades no se pueden cambiar tanto como para que la lista original de la NIC sea irreconocible*. Si se hace esto, puede que la intervención no sea la misma. Cualquier actividad modificada o nueva debe ajustarse a la definición de la intervención. Además, cuando se añada una actividad de forma consistente para todas las poblaciones, puede ser necesaria en la lista general de actividades de la NIC. En este caso, emplazamos al profesional a que presente la adición o cambio de la actividad propuesta. De este modo, la lista de actividades seguirá reflejando lo mejor de la práctica actual y resultará más útil en la enseñanza de las intervenciones a los nuevos usuarios.

10. ¿De qué manera contribuye la NIC al desarrollo de la teoría en enfermería? Las denominaciones de las intervenciones son los conceptos, los nombres de los tratamientos administrados por los profesionales de enfermería. Las definiciones y actividades que acompañan a las denominaciones constituyen las definiciones y descripciones de las intervenciones. La clarificación de los conceptos de las intervenciones contribuye a desarrollar el conocimiento de enfermería y facilita la comunicación dentro de la disciplina. A medida que crezca la habilidad de la enfermería para relacionar diagnósticos, intervenciones y resultados, evolucionará la teoría prescriptiva de la enfermería práctica. La NIC representa un desarrollo crucial debido a que proporciona el léxico para las teorías menos extendidas de enfermería que relacionarán diagnósticos, intervenciones y resultados. Las intervenciones son el elemento clave de la enfermería. Todos los demás aspectos de la práctica son accidentales y secundarios a los tratamientos que identifican y delimitan nuestra disciplina. Este enfoque centrado en la intervención no resta importancia al paciente, sino que, desde una perspectiva disciplinar, el fenómeno del interés por el paciente es importante porque puede resultar afectado por la acción del profesional de enfermería. Bulechek y Dochterman creen que el uso de lenguajes normalizados para los diagnósticos, intervenciones y resultados de enfermería abrirá una nueva era en el desarrollo de la teoría de enfermería, pasando del enfoque anterior de gran teoría al desarrollo y la utilización de una variedad de teorías de enfermería menos extendidas. (Para una discusión complementaria, véanse los artículos cuyos primeros autores son Blegen o Tripp-Reimer en la lista de publicaciones del Apéndice E.) La NIC puede utilizarse con la mayoría de las grandes teorías existentes. La NIC puede ser utilizada por cualquier institución, especialidad de enfermería o modelo de administración de cuidados independientemente de la orientación filosófica.

11. ¿Incluye la NIC intervenciones administrativas? La Clasificación incluye intervenciones de cuidados indirectos realizadas por el personal con distintos grados de experiencia pero *no* incluye, en su mayor parte, conductas de naturaleza administrativa. Una *intervención de cuidados indirectos* consiste en un tratamiento realizado directamente por un profesional lejos del paciente pero en beneficio de un paciente o de un grupo de pacientes; una *intervención administrativa* es una acción realizada por un administrador de cuidados (director de cuidados u otro administrador de cuidados) para aumentar la ejecución de los miembros del personal y así fomentar unos mejores resultados del paciente. Algunas de las intervenciones de la NIC, utilizadas por un administrador para aumentar la ejecución del personal, podrían ser intervenciones administrativas. Muchas de ellas se encuentran en el campo Sistema sanitario de la taxonomía. Debe observarse que los límites entre intervenciones directas, indirectas y administrativas no son fijos, y algunas de las intervenciones de la NIC pueden utilizarse en varios contextos. Por ejemplo, el profesional de enfermería del hospital puede proporcionar Apoyo al cuidador principal como intervención indirecta administrada a una persona cercana al paciente que lo atiende, pero en casa, tratando a toda la familia, el profesional de enfermería puede proporcionar esta intervención como atención directa. Con la inclusión de más intervenciones para las comunidades, hemos añadido intervenciones que son de tipo más administrativo, por ejemplo, Contención de los costes y Manejo de los recursos económicos. Sin embargo, son proporcionadas por el profesional de atención primaria en la comunidad o por el director del caso.

12. ¿Necesita mi institución sanitaria estar informatizada para utilizar la NIC? No, la NIC puede utilizarse en un sistema de planificación de cuidados y de registro de documentación manual. Si el sistema es manual, el personal no familiarizado con la NIC necesitará un fácil acceso al libro de la NIC. El libro también debe estar disponible para quienes trabajan en centros que dispongan de la NIC informatizada (creemos que cada unidad debería tener uno y animar a los profesionales de enfermería para que tengan su propio ejemplar); no obstante, con un ordenador, la NIC puede almacenarse, y accederse a ella electrónicamente. Los ordenadores facilitan el acceso a las intervenciones de la NIC de diversas maneras (actualmente, por clases taxonómicas y por diagnósticos de enfermería, pero, en el futuro, también será posible hacerlo por poblaciones de pacientes, tipo de unidad, resultado, vía clínica, etc.). Los ordenadores pueden obtener fácilmente una variedad de análisis de apoyo de decisiones clínicas para el profesional. El registro de lo que hacemos por los pacientes mediante un lenguaje normalizado en los ordenadores hace posible que los profesionales construyan bases de datos institucionales, estatales y por comunidades para efectuar una investigación con eficacia. Si su institución no está informatizada, ayúdela para que se informatice. Sin embargo, no es necesario esperar al ordenador para poder utilizar la NIC; ésta le ayudará a comunicar los cuidados de enfermería con o sin ordenador.

13. ¿Qué debo hacer para obtener un permiso? Otras cuestiones relacionadas incluyen: **¿Por qué necesito un permiso?** **¿Por qué la NIC no es de dominio público?** **¿Por qué los derechos de autor de la NIC los tiene el editor?** Para introducir la NIC en un sistema de información de enfermería o para utilizar una parte importante de la Clasificación con fines comerciales se necesita un permiso. La NIC está publicada por Mosby Inc., una parte de Elsevier Inc. Las peticiones de permisos para utilizar la Clasificación no son procesadas por los autores de la NIC o por el Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness, sino por Mosby. Véase en la parte interior de la cubierta la dirección de contacto para permisos y licencias.

Cuando empezamos a trabajar en la clasificación NIC no teníamos idea de la magnitud del trabajo, de su extensa utilización en la actualidad ni de que iría seguida por la NOC. Estuvimos buscando una manera para imprimirla y distribuirla de manera rápida. Como académicos estábamos familiarizados con el mundo editorial y, después de examinar a fondo algunos mecanismos alternativos y de contactar con varios editores, escogimos a Mosby. La publicación con esta editorial tenía varias ventajas. Primero, disponía de los recursos y de los contactos para producir un libro, distribuirlo y comercializarlo y, además, disponía de los recursos y del personal legal para tramitar las peticiones de permiso y prote-

ger los derechos de autor. Este último aspecto es especialmente importante con el lenguaje normalizado, donde la variación de los términos impediría el objetivo de comunicación entre profesionales de enfermería de todas las especialidades y en diversas situaciones. Continuamos manteniendo una excelente relación con Mosby, que implica una participación frecuente y activa en las peticiones de permisos. Vemos nuestra relación como una asociación.

Los derechos de autor *no* restringen el uso razonable. De acuerdo con las normas de la American Library Association, un uso razonable permite que se copie el material si: (1) la parte copiada es escogida y pequeña en comparación con la obra completa; (2) los materiales no se utilizan repetidamente; (3) cada persona no realiza más de una copia; (4) en cada copia se hacen constar la fuente y los derechos de autor; y (5) las personas no están gravadas con una cuota por copia que exceda el actual coste de copia. La determinación de la cantidad de material que puede copiarse bajo las políticas de uso razonable debe realizarse en función del efecto de las copias sobre las ventas del material original. La American Library Association dice que no debería copiarse más de un 10% de la obra.

Cuando se introduce la NIC en un sistema de información que será utilizado por muchos usuarios, se están violando los derechos de autor (en realidad se está «copiando» un libro para que sea utilizado por cientos de profesionales de enfermería), y por lo tanto se necesita un contrato de permiso. También, cuando alguien utiliza una cantidad importante de la NIC en un libro o en un programa de *software* que posteriormente se vende y con ello hace negocio, es necesario pagar los derechos. Las escuelas de enfermería y los centros de atención sanitaria que quieren utilizar la NIC en sus propias organizaciones sin intención de vender un producto pueden hacerlo libremente; sin embargo, existen ciertas políticas de uso limitado. Por ejemplo, la NIC y la NOC no deben fotocopiarse ni utilizarse en los programas semestrales una y otra vez –deben adoptarse los libros de la Clasificación para su uso. De manera parecida, los centros de atención sanitaria, más que copiar las intervenciones y ponerlas en un manual de procedimientos, deben adquirir un número razonable de libros (pongamos uno por unidad).

Las peticiones para utilizar la NIC y la NOC deben enviarse al departamento de concesión de permisos de Elsevier. Muchas solicitudes de permiso para su uso no violan los derechos de autor y los permisos se conceden sin pagar nada. El pago por el uso en un libro depende de la cantidad de material utilizado; el pago por el uso en un sistema de información depende del número de usuarios y por término medio es de aproximadamente 5 dólares por usuario por año. Existen una tarifa plana para incorporar la NIC en una base de datos de un vendedor y una tarifa de sublicencia para cada sublicencia contratada según el número de usuarios. Las tarifas son muy razonables, y una parte importante de ellas se envía al Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness para el desarrollo y el perfeccionamiento de la NIC.

14. ¿Cómo explico al administrador de mi institución que se necesita una licencia? En primer lugar, queremos repetir que únicamente se requiere una licencia y un pago en el caso de utilizarla en un sistema de información; si quiere utilizar la NIC de forma manual o para un proyecto particular, no viola los derechos del autor, por favor siga adelante. Según nuestra experiencia, son los profesionales de enfermería quienes desconocen los asuntos de licencias y tasas y no los administradores de asistencia sanitaria. La mayoría de las otras clasificaciones de asistencia sanitaria tienen registrados los derechos de autor y se precisa una tasa para su uso. Por ejemplo, la American Medical Association tiene los derechos de autor de la *Terminología Actual de Procedimientos (CPT)*, la American Psychiatric Association tiene los derechos de autor del *Manual de Diagnósticos y Estadística de Trastornos Mentales (DSM)* y el College of American Pathologists tiene los derechos de autor de la Nomenclatura Sistemática de Medicina (SNOMED). Actualmente, las instituciones de asistencia sanitaria pagan regularmente una tasa de licencia pero la mayoría de profesionales de enfermería lo desconocen. En un hospital de atención terciaria del Medio Oeste de EE.UU. hay 97 programas de *software* instalados y anualmente se gastan 1.220.000 dólares en tasas de permiso de programas informáticos.

A menudo dichas tasas están incluidas en los costes del programa. El permiso para incorporar la NIC en un sistema de información existente puede adquirirse a través de Mosby (uso del lenguaje) o comprarse a través de un vendedor (el vendedor ha comprado la licencia a Mosby y el precio del programa incluye el coste de dicha licencia). Cuantos más profesionales de enfermería comprendan las

ventajas de utilizar un lenguaje normalizado y así lo deseen al comprar sistemas informáticos nuevos, más vendedores incluirán la NIC en sus productos.

En enfermería, ninguna de las organizaciones profesionales tiene los recursos necesarios para pagar la NIC, de manera que se necesitó otra vía. En el campo médico nos han dicho que tener la Clasificación en un entorno universitario tiene ventajas sobre el modelo organizativo profesional, donde la política (lo que entra y lo que no) puede tener un papel. Sin embargo, el desarrollo y el mantenimiento continuos precisan recursos. A menudo las clasificaciones y otros trabajos del dominio público son los que no tendrán gastos de mantenimiento –puede utilizar lo que hay pero no espere que siga siendo actual. Hemos intentado que la NIC sea tan accesible como sea posible, pero a la vez recoger pagos de manera que podamos tener un flujo de ingresos para financiar el trabajo de mantenimiento que debe continuar.

15. ¿Debemos utilizar una clasificación de enfermería aun cuando la mayoría de cuidados sanitarios los suministran equipos interdisciplinarios? En ocasiones oímos comentarios como «No podemos utilizar nada que esté etiquetado y provenga de enfermería cuando actualmente todo va hacia la interdisciplinariedad». A propósito, estos comentarios, más que a médicos u otros profesionales poderosos del terreno interdisciplinario, los hemos oído de profesionales de enfermería. Al mismo tiempo, es falso que utilizando el lenguaje médico no se viole este principio artificial de interdisciplinariedad. Creemos que los profesionales de enfermería, que son miembros de un equipo interdisciplinario que dirigen el desarrollo y la implantación de un registro informatizado integrado de la atención a los pacientes, deben ser los portavoces para utilizar la NIC y la NOC. Sí, tienen la palabra *enfermería* en sus títulos porque fueron desarrollados inductivamente a través de la investigación basada en el trabajo de los profesionales de enfermería por profesionales de enfermería. En su globalidad, reflejan la disciplina de la enfermería pero una intervención concreta puede realizarla otro profesional y un resultado concreto puede estar influido por los tratamientos de otros profesionales o por muchos otros factores. Ésta es una situación en la que enfermería tiene un valor que los otros profesionales, en su mayoría, no tienen, lo cual puede documentar las contribuciones de los profesionales de enfermería y pueden ser utilizadas o adaptadas y utilizadas por otros. Si lo desean, los profesionales de enfermería no deben dejar de hablar sobre estas iniciativas de enfermería; más bien deben seguir haciéndolo y ofrecerlas a los demás como una contribución de la enfermería al objetivo interdisciplinario de un registro informatizado de los pacientes que puede traspasar situaciones y especialidades.

Esto *no* es inconsistente con ser un buen miembro de un equipo en un entorno interdisciplinario. Para que los equipos interdisciplinarios consigan el éxito de los resultados es esencial que los profesionales de enfermería comuniquen sus perspectivas y sus conocimientos únicos. ¿Qué es un buen miembro de equipo? Hay tres cualidades básicas: (1) la persona tiene algo que contribuye al funcionamiento total del equipo, (2) la persona es buena en lo que hace y (3) los otros entienden lo que hace la persona. ¿Un equipo de béisbol acogería con entusiasmo a un miembro que no pudiese jugar en ninguna posición y fuera un mal bateador? Evidentemente no. ¿Acogería con entusiasmo a alguien que tuviera ganas de ayudar pero que fuera incapaz de decir cómo podría ayudar? Tal vez, pero esta persona acabaría siendo el chico o la chica del agua más que jugar en una posición. Ser un buen miembro de equipo significa que la persona tiene algo para contribuir y comunica ideas. Los equipos de béisbol destacan la importancia de las funciones y habilidades específicas y diferentes de sus miembros. Nadie dice que porque un miembro del equipo se llame *pitcher* o *shortstop* no sea un jugador del equipo. Los jugadores no dicen que no son buenos miembros del equipo si agudizan sus conocimientos y sus habilidades individuales y son reconocidos por su realización individual. Un equipo de béisbol, o cualquier equipo, mejora su eficacia maximizando e integrando las contribuciones de sus miembros. Sin duda, los entrenadores de béisbol se reirían de la idea de que deberían disimular y minimizar las contribuciones de los miembros del equipo para aumentar su eficacia.

Hemos oído decir a algunas personas que debería haber un único lenguaje compartido por todas las disciplinas del área de la salud. Si esto es posible, creemos que este lenguaje debería desarrollarse de manera inductiva compartiendo y sumando los lenguajes que actualmente existen. Quizá, con el tiempo, construiremos un gran lenguaje común por el cual algunos términos de intervenciones y resultados

sean compartidos por muchos profesionales. Pero, incluso si podemos construir un gran lenguaje común, siempre se utilizará por partes dado que el conjunto será demasiado grande para aprenderlo, comunicar y estudiar, y además no todas las intervenciones y resultados son asunto de cada disciplina. El gran y único lenguaje se fragmentará y se utilizará por partes por las mismas razones por las que hay disciplinas –el conjunto es demasiado grande y complejo para ser dominado por un solo individuo; por lo tanto, las distintas disciplinas representan las diferentes perspectivas especializadas.

16. Quiero implantar la NIC en nuestra empresa/instalación. ¿Cuál es la mejor manera para realizarlo? Otras preguntas relacionadas incluyen: **¿Puedo implantar la NIC y la NOC al mismo tiempo?** **¿Debería implantar la NIC al mismo tiempo que oriento a los profesionales de enfermería en un nuevo sistema informático?** **¿Deberíamos realizarlo en primer lugar sólo en una unidad piloto o realizarlo a la vez para todos?** Éste es el tema del capítulo 3. En especial, véanse los pasos para la implantación en el Cuadro 3-2 para centros asistenciales y en el Cuadro 3-9 para centros educativos. En el capítulo 3 también hay más material útil, como una lista de lecturas relacionadas para cambiar y para la evaluación. Respecto a las preguntas relacionadas con qué hacer al mismo tiempo, no hay una respuesta única; efectivamente, ello depende de la situación y de la cantidad y de la naturaleza de los cambios, de los recursos y del apoyo disponibles y de las limitaciones de tiempo. El libro de la NOC contiene sugerencias muy útiles sobre la implantación de la NOC. Sería conveniente no realizar demasiados cambios a la vez y, por otra parte, no dividir un cambio en pequeñas partes durante mucho tiempo. Siempre es una buena idea dirigir un cambio para resolver las trabas (es decir, empezando en una unidad donde la directora de enfermeras y el personal lo apoyen). Cuando el primer cambio que se realiza es muy importante, se debe proporcionar tiempo para el entrenamiento y disponer de personal de apoyo. Margaret Lunney¹⁴ ha publicado un artículo informativo para ayudar al personal de enfermería a utilizar la NANDA, la NIC y la NOC a medida que la asistencia sanitaria se mueve hacia el registro electrónico de las historias clínicas. El Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness dispone de dos ayudas formativas muy útiles, un curso web sobre los principios básicos del lenguaje estandarizado y la NIC y la NOC, que es una útil herramienta educativa. Al principio, es importante pensar sobre los usos de los datos en el futuro, más allá de la planificación inicial de los cuidados o de los propósitos de la documentación. El capítulo 3 también incluye la idea de establecer, en el futuro, una base de datos global para la eficacia de la investigación.

17. ¿Cómo comparar la NIC con otras clasificaciones? La ANA reconoce 12 terminologías para la infraestructura de información de la práctica enfermera. Algunas son grupos de elementos de datos, algunas son terminologías de interrelación y otras son terminologías multidisciplinarias. Las relaciones entre las terminologías aceptadas y los grupos de elementos de datos pueden encontrarse en <http://www.ana.org/npii/relationship.htm>.

En comparación con otras clasificaciones, la NIC es la más completa en cuanto a intervenciones se refiere. De todas las clasificaciones, sólo la NANDA-I, la NIC y la NOC son completas y se hacen esfuerzos continuados de investigación para mantenerlas actualizadas. Las relaciones que unen a estas clasificaciones¹² y la propuesta de una estructura de organización común⁹ presentan a los usuarios un sistema de clasificación completo que puede utilizarse para documentar los cuidados en ámbitos y especialidades.

18. En un plan de cuidados, ¿cuál es la estructura para la NIC y la NOC? ¿Cuál elegir y consultar en primer lugar? La respuesta a esta pregunta refleja la toma de decisiones clínicas del proveedor al planificar y suministrar los cuidados. Cada persona tiene una manera distinta de afrontar esta cuestión, reflejando con ello cómo lo ha aprendido en la escuela, perfeccionado por lo que en sus trabajos ha considerado mejor y su población típica de pacientes. Como método general, sugerimos que en primer lugar se realice el diagnóstico o diagnósticos, después se elijan los resultados y los indicadores, realizando una valoración del paciente respecto a ellos, y posteriormente se escojan las intervenciones y las actividades adecuadas, implantándolas y después valorando de nuevo los resultados. Si se desea fijar objetivos, pueden derivar de los resultados NOC; por ejemplo, el paciente tiene un 2 en un resultado X

y para darle el alta debería estar en un nivel 4. En algunas situaciones este proceso no es posible o incluso no es deseable, y podría quererse utilizar un orden distinto. Por ejemplo, durante una crisis se podría pasar directamente a la implantación de la intervención y dejar el diagnóstico y la identificación del resultado para más adelante. La ventaja de las clasificaciones estandarizadas es que proporcionan el lenguaje para la base de conocimiento de la enfermería. Actualmente, los educadores y otros profesionales relacionados pueden centrarse en la enseñanza y la práctica de habilidades en la toma de decisiones clínicas; los investigadores pueden centrarse en la exploración de los efectos de las intervenciones sobre los resultados del paciente en situaciones prácticas reales. Véase el modelo del capítulo 3 que muestra cómo puede utilizarse el lenguaje estandarizado a nivel individual, a nivel organizacional/unidad y a nivel de centro de trabajo/región/país.

19. ¿Qué es un modelo de terminología de referencia? ¿Por qué se están desarrollando? ¿Dejarán obsoletas a clasificaciones como la NIC? Un modelo de terminología de referencia (TR) identifica las partes de un concepto (es decir, las partes de cualquier diagnóstico o cualquier intervención) que puede utilizarse «a través de las distintas pantallas» en los sistemas informáticos para ayudar a que estos sistemas «hablen entre ellos». Por ejemplo, una intervención podría constar de una acción, un receptor y una ruta. Cuando durante la década de 1960 fuimos a la escuela, se nos pidió que hiciéramos un esquema ordenado de las frases para aprender las partes de una oración (p. ej., nombre, verbo, adverbio); un modelo TR se utiliza para ayudar a representar conceptos de una manera parecida. En teoría, un modelo TR permite que distintos vocabularios (p. ej., NIC y el Omaha System) se ordenen, pudiéndose así comparar entre ellos. Decimos «en teoría» porque esta propuesta todavía no se ha comprobado en la práctica. En 1999, Judy Ozbolt organizó la Nursing Vocabulary Summit Conference, que se ha celebrado anualmente en Vanderbilt, con la clara necesidad de desarrollar y verificar un modelo de terminología de referencia¹⁷. Al final de la década de 1990 y a principios de la de 2000, surgieron rápidamente modelos de terminología; entre ellos, HL7 (en Estados Unidos para toda la asistencia sanitaria), CEN (en Europa para toda la asistencia sanitaria), SNOMED Clinical Terms (CT, para utilizar en Estados Unidos y Gran Bretaña) y la International Organization for Standardization (ISO)-Nursing (para la enfermería internacional). Consideramos que la versión Beta de la International Classification of Nursing Practice (ICNP) con sus ejes, es un modelo TR que ayuda más en las «pantallas» que en la práctica de los profesionales de enfermería como «terminología principio/fin». En ocasiones un modelo de terminología de referencia se denomina *modelo de información de referencia*; aunque los profesionales del área de estándares informáticos dicen que hay diferencias entre ellos, es difícil distinguir las diferencias.

Una segunda parte de la pregunta es si la creación de un modelo TR dejará obsoletas clasificaciones como la NIC. No, la NIC es un lenguaje «principio-fin» diseñado para la comunicación entre los profesionales de enfermería y entre profesionales de enfermería y otros proveedores. Queremos que los profesionales de enfermería sean capaces de escribir y hablar NIC. Por otra parte, los modelos TR son para utilizar «detrás de las pantallas»: si tienen éxito, ayudarán a los vendedores a construir sistemas informáticos que pueden utilizar y comparar diferentes lenguajes. Los modelos TR son muy difíciles de comprender y no son clínicamente útiles. Incluso si permiten que el usuario documente los cuidados en sus propias palabras (frente al lenguaje estandarizado), no es deseable (excepto en el apartado de notas de texto libres que complementa y se elabora sobre un lenguaje estandarizado) para la profesión porque todavía tendríamos el problema de la falta de comunicación entre nosotros y los demás sobre lo que hacemos. No queremos dar la impresión de que necesitamos un modelo TR para tener un sistema informático; no es así. Podemos introducir las clasificaciones clínicas en ciertos campos y utilizar las relaciones identificadas para ayudar a los usuarios a acceder a ellos, pero siempre necesitaremos un lenguaje común para comunicar el trabajo de enfermería —la NIC se propone precisamente esto.

20. ¿Existen programas informáticos comerciales con la NIC? ¿Hay vendedores con programas informáticos de enfermería clínica con la NIC? Un número creciente de vendedores están incluyendo la NIC en sus sistemas de información. El año 2006, los vendedores que habían firmado contratos de autorización para el uso de la NIC eran **American HealthNet, Inc.**, Omaha, Nebraska (<http://www>.

americanhealthnet.com); **Cerner**, Kansas City, Missouri (<http://www.cerner.com>); **Dairyland Healthcare Solutions**, Louisville, Kentucky (<http://dhsnet.com>); **DxR Development Group**, Carbondale, Illinois (<http://www.dxrgroup.com>); **Ergo Partners**, Lake Quivira, Kansas (<http://www.ergopartners.com>); **McKesson Corporation**, Alpharetta, Georgia (<http://www.mckesson.com>); **Nurse's Aide LLC** (para escuelas de enfermería), Keller, Texas (<http://www.nursesaide.net>); **Purkinje, Inc.**, Montreal, Canadá (<http://www.purkinje.com>); **Sanum** (antes llamado STS), Grinstad, Noruega (<http://www.sts.no>); **SNOMED**, Northfield, Illinois (<http://www.snomed.com>); **Tech Time, Inc.**, Billings, Montana (<http://www.techtimeinc.com>); **The Ceridwen Group, LLC** (el producto se llama *Knowledge Central for Healthcare*), Bellingham, Washington (<http://www.hcknowledgecentral.com>) y **Typhon Group, LLC**, Metairie, Louisiana (<http://www.typhongroup.com>). Actualmente se están cursando más contratos de autorización. No aprobamos ningún producto en concreto; los posibles usuarios deberían ponerse en contacto directamente con los vendedores para la revisión de sus productos. Para propósitos específicos se han desarrollado otros programas informáticos actualmente no comercializados. Por ejemplo, el gobierno de Islandia obliga a todas sus instalaciones a utilizar la NANDA, la NIC y la NOC y ha creado programas informáticos (eMR) (A. Thoroddsen, comunicación personal, 14 de noviembre de 2002) para documentar los cuidados y recoger datos. Otro ejemplo es el programa informático para la recogida de datos de investigación creado por Gail Keenan y sus colaboradores en Michigan¹³. Consideramos que la inclusión de la NIC en SNOMED CT facilitará y fomentará la incorporación de la NIC en los productos de los vendedores. Si su vendedor no incluye la NIC, pregunte sobre sus planes de futuro en las reuniones de usuarios. Los vendedores construirán sus productos de acuerdo con las demandas de los usuarios. Los profesionales de enfermería necesitan hablar alto y pedir que el lenguaje estandarizado se incluya en los sistemas de información clínica.

CENTER FOR NURSING CLASSIFICATION AND CLINICAL EFFECTIVENESS (CNC)

Dado que en este capítulo hemos hecho referencia al CNC en varias ocasiones, parece aconsejable dar algunos detalles más sobre el Center situado en el College of Nursing, University of Iowa. En 1995 el Center fue aprobado por el Iowa Board of Regents (el cuerpo gubernamental que vigila las tres universidades públicas del estado) con el nombre de «Center for Nursing Classification». El año 2001 se amplió el nombre al actual. El propósito del Center es facilitar el desarrollo continuado y el uso de la NIC y de la NOC. El Center dirige los procesos de revisión y los procedimientos para actualizar las clasificaciones, difunde los materiales relacionados con las clasificaciones, proporciona apoyo para ayudar a los investigadores a obtener fondos, y proporciona oportunidades de investigación y educación para estudiantes y becados. El Center proporciona una estructura para el mantenimiento continuo de las clasificaciones y para la comunicación con los profesionales en educación y en instalaciones de asistencia sanitaria que utilizan los lenguajes en sus currículum y sistemas de documentación. El Center está localizado físicamente en tres despachos del cuarto piso del College of Nursing. Uno de los despachos es una sala de conferencias con una pequeña biblioteca. Actualmente (2006), Sue Moorhead es la directora y Sharon Seeney la coordinadora. En la toma de las decisiones les ayuda un comité ejecutivo compuesto por los editores de los libros de la NOC y de la NIC, y por otras personas. Los colaboradores (véanse páginas XVII-XVIII) ayudan en el trabajo del Center. El apoyo financiero del Center proviene de varias fuentes, incluyendo fondos de la universidad y de la facultad, ingresos de las autorizaciones, permisos y productos de la NIC y la NOC, y publicaciones relacionadas, subvenciones e ingresos de los cursos del Center. El Center tiene la orden de ser independiente y hasta el momento han aumentado los fondos, con la ayuda del Fundraising Advisory Board y la University of Iowa Foundation, en 1 millón de dólares de dotación. En otoño del año 2006, el dinero de la dotación fue de 730.000 dólares. La dotación es necesaria para proveer cierta seguridad permanente para el trabajo del Center.

El Center publica *The NIC/NOC Letter* y su informe anual. En la página web pueden encontrarse estas publicaciones y otras informaciones acerca del Center y de sus productos y acontecimientos: <http://www.nursing.uiowa.edu/cnc>. El Center recibe visitantes para un corto período de estudio, así como estudiantes nacionales e internacionales que vienen para un largo período de trabajo para trabajar en un

proyecto. El Center copatrocina el Institute for Informatics and Classification, celebrado en junio en Iowa City, Iowa, desde 1998. Este instituto proporciona una gran experiencia en la información actual sobre las clasificaciones y su uso, así como sobre los temas más actuales de informática. A través del Center se ofrece un curso web sobre los principios básicos del lenguaje estandarizado y la NANDA-I, la NIC y la NOC. Si el tiempo lo permite se ofrece la consulta a las agencias que ponen en práctica la NIC y la NOC.

RESUMEN

Este capítulo proporciona una introducción a la NIC y al Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness en el College of Nursing, University of Iowa, donde se conserva la Clasificación. También incluye una breve introducción de cuatro proyectos relacionados: Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), Clasificación de la Ampliación de Diagnósticos de Enfermería (CADE), NNN Alliance y Conjunto Mínimo Básico de Datos de Enfermería (CMBDE). Se plantean y se responden una serie de preguntas frecuentemente planteadas sobre la NIC. Este capítulo proporciona una manera conveniente de familiarizarse rápidamente con la NIC, pero los usuarios muy interesados también querrán leer otras publicaciones que proporcionan más detalles sobre muchos de los temas que aquí se abarcan. En el Apéndice C hemos incluido una bibliografía bastante completa de escritos sobre la NIC preparados por autores de la University of Iowa y otras instituciones.

Desarrollo, verificación e implementación de la NIC: 1987-2007

EL INICIO

Nos han preguntado muchas veces cómo empezó todo. En 1987 McCloskey y Bulechek crearon un equipo de investigación para desarrollar una clasificación de intervenciones de enfermería paralela a la clasificación de diagnósticos de enfermería NANDA-I. Durante varios años habíamos impartido un curso de posgrado sobre conceptos de la salud para adultos, que evolucionó hacia diagnósticos de enfermería y, posteriormente, hacia diagnósticos e intervenciones. Habíamos llevado a cabo algún tipo de trabajo conceptual para un libro de intervenciones enfermeras independientes⁹. Después de asistir a la conferencia de la NANDA de 1986 en St. Louis, Missouri, nos dimos cuenta de que la profesión necesitaba una clasificación de intervenciones dado que, una vez realizado un diagnóstico, el profesional tenía la obligación de hacer algo al respecto. Teníamos los conocimientos, la motivación y el interés para empezar con una tarea como ésta. No sabíamos el tiempo que nos llevaría hacerla y, si hubiéramos sabido todo lo que conllevaría, probablemente no hubiéramos empezado este excitante, aunque totalmente absorbente, viaje.

Empezamos invitando a ocho personas (todas ellas compañeras del University of Iowa College of Nursing) a una sesión de *brainstorming* de 2 horas para discutir la idea de desarrollar una clasificación de intervenciones. Cada una de las ocho personas fue elegida por su experiencia específica; las diez juntas representábamos el conjunto de la profesión. Algunas eran expertas en pediatría y otras en gerontología; unas tenían conocimientos clínicos; algunas administrativos; unas eran investigadoras cualitativas, y otras cuantitativas. Al final de este primer encuentro, no se había resuelto nada pero se había presentado y discutido la idea. Posteriormente se pidió al grupo que asistiera a tres reuniones más durante los meses siguientes. Al final de estas tres reuniones se les pidió a todas que participaran durante 1 año como miembros de un equipo de investigación. Durante este año de trabajo, cuando estábamos clasificando los aspectos conceptuales, nos surgió la idea de que debíamos trabajar sobre las extensas fuentes de datos de documentación y planificación de cuidados en enfermería. Esto nos condujo a investigar posibles fuentes de datos en sistemas de información. Sabíamos que el hospital de la universidad utilizaba una gran base de datos de órdenes de enfermería, y solicitamos su uso como fuente inicial de datos. Como condición, el director de enfermería nos pidió que dos personas de su plantilla formaran parte del equipo de investigación. La inclusión de estos dos miembros del área clínica fue importante y ayudó a ampliar la perspectiva del equipo. A medida que otras personas de la facultad y del hospital supieron de la existencia del equipo, pidieron unirse a él. Durante los 20 años transcurridos desde el inicio del proyecto, cerca de 80 personas han participado activamente en el trabajo del equipo. Estas personas representan entornos académicos y clínicos muy distintos y múltiples áreas de especialidad. Muchas de las personas han trabajado en el equipo de investigación varios años. En 1995, en el College of Nursing, University of Iowa, se creó el Center for Nursing Classification (véase capítulo 1) para ayudar al continuo desarrollo de la NIC y de la NOC; el año 2002 el nombre se amplió a Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness. El año 2002, siendo el trabajo continuo principalmente el mantenimiento de las Clasificaciones, la implantación y la investigación de la efectividad basada en el uso en la práctica, los equipos de investigación de la NIC y de la NOC fueron nombrados «colaboradores» para 3 años del Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness.

ANTES DE LA NIC: RAZONES PARA DESARROLLAR LA NIC

Las clasificaciones han existido casi desde siempre. Por ejemplo, en el siglo XI un monje llamado Guido d'Arezzo inventó una escala musical (la escala de Guido) por la que un músico de cualquier lugar puede todavía hoy leer o tocar cualquier composición de cualquier parte del mundo⁵⁹. Otros ejemplos incluyen los símbolos de los elementos químicos y las categorías de la biología (p. ej., *filum*, clase, orden, familia, género, especie y variedad) que ordenan a los organismos vivos en grupos relacionados. Las clasificaciones ponen orden en nuestro ambiente y ayudan a comunicarnos unos con otros. Un pequeño perro de orejas largas en estado natural, pero frecuentemente con las orejas cortadas para las exhibiciones, al que le gusta tirar de la correa es un Schanauzer Miniatura (esta descripción también puede aplicarse a cualquier perro). Una silla de aspecto más bien formal que a menudo se encuentra en las salas de estar y que es cómoda y tapizada, que incluye un respaldo alabeado, es una silla Reina Ana. Las clasificaciones ayudan a hacer avanzar la base del conocimiento de un campo mediante la organización del conocimiento y el descubrimiento de los principios que rigen lo conocido. También identifican las lagunas del conocimiento que luego pueden ser tratadas por la investigación. Además, las clasificaciones facilitan la comprensión. Por ejemplo, cuando los profesionales de enfermería utilizan un lenguaje común para discutir sus planes de tratamiento, la comunicación mejora y el paciente se beneficia de una mayor continuidad de los cuidados entre los diferentes turnos y entre los diferentes ambientes. La NIC fue desarrollada por varias e importantes razones.

Primera razón: normalización de la nomenclatura de los tratamientos de enfermería

El fenómeno que atañe a las intervenciones de enfermería es el del comportamiento y actividad de los profesionales de enfermería, es decir, lo que hacen éstos para ayudar a que con la conducta del paciente se obtenga el resultado deseado. Este fenómeno difiere de los diagnósticos de enfermería o de los resultados esperados del paciente sensible a los cuidados, en los que el fenómeno de preocupación es la conducta del paciente o el estado del paciente. Es necesaria una clasificación de las intervenciones de enfermería para normalizar el lenguaje utilizado por el profesional y describir sus actividades específicas al realizar los tratamientos de enfermería. Antes de la NIC se utilizaron muchos términos para el paso de la intervención del proceso de cuidados de enfermería (p. ej., *acción, actividad, intervención, tratamiento, terapéutica, orden e implantación*); había confusión entre actividades de intervención, de valoración y de evaluación, y una falta de conceptualización sobre lo que constituye una intervención. Las intervenciones se describían muy detalladamente, por ejemplo:

- Estabilizar el miembro con bolsas de arena.
- Levantar el cabecero de la cama 30°.
- Explorar la necesidad de atención con el paciente.
- Observar si se produce tos.
- Inspeccionar las uñas para ver si hay anomalías.
- Controlar el sistema respiratorio.

Había poca conceptualización sobre la manera en que estas acciones encajan unas con otras para constituir intervenciones y tratamientos. El resultado ha sido largos y extensos planes de cuidados que raramente se utilizaban en los sistemas de información de enfermería, que contenían miles de acciones de enfermería, mientras que los profesionales de enfermería normalmente seleccionaban un número mucho más pequeño. Los libros de texto de enfermería también han considerado las intervenciones de enfermería al nivel más individualizado. Típicamente, los libros de texto incluyen largas listas de acciones de enfermería para cada tipo de paciente; las listas en algunos libros no son las mismas que en otros, incluso aunque se trate del mismo tipo de paciente. Las listas cambian con cada nueva edición.

Por el contrario, las denominaciones de intervenciones de la NIC son conceptos implementados por un grupo de actividades (acciones) de enfermería dirigidas a la resolución de problemas sanitarios

reales o potenciales del paciente. Un profesional de enfermería puede describir los cuidados administrados a un paciente sólo con unas cuantas denominaciones.

En el extremo opuesto de las acciones individualizadas también hubo un comienzo de esquemas de clasificación de las intervenciones de enfermería: por ejemplo los componentes de los cuidados básicos de Henderson³¹, la taxonomía de cuidados ambulatorios de Verran⁷², los ocho campos de cuidados de Benner⁸, el esquema de clasificación de intervenciones de Omaha^{44,73}, las categorías de estudio de las actividades de enfermería del National Council of State Boards of Nursing⁴², Sigma Theta Tau's International Classification of Nursing Knowledge⁶⁶, la taxonomía de intervenciones de enfermería de Bulechek y McCloskey¹⁰, las listas de intervenciones del *conjunto mínimo de datos*⁷⁴, y la Home Healthcare Classification de Saba y colaboradores^{64,65}. La mayor parte de estos esquemas sólo contienen categorías brutas que no son útiles clínicamente. (Véanse un análisis y una lista detallados de estos esquemas en las dos publicaciones anteriores^{48,49}.) Los esquemas que no contienen intervenciones clínicamente útiles (Omaha, Sigma Theta Tau, Bulechek y McCloskey, y Saba) son incompletos. (En 1993, en el *Journal of Nursing Administration*, apareció un artículo que comparaba las dos clasificaciones⁵⁶.)

En resumen, antes de la NIC, las intervenciones de enfermería se consideraban como extensas listas de acciones individualizadas o como grandes categorías. Lo que era necesario era un lenguaje clínicamente útil entre estos dos extremos.

Segunda razón: ampliación del conocimiento de enfermería sobre las relaciones entre diagnósticos, tratamientos y resultados esperados

El extendido uso del lenguaje de diagnósticos de enfermería de la NANDA ha aumentado la consciencia sobre la necesidad de clasificaciones normalizadas en las áreas de las intervenciones y los resultados esperados. El ímpetu por el desarrollo de guías por parte de la Agency for Health Care Policy and Research¹ ha acentuado aún más esta necesidad. Las guías se proponen ayudar a los profesionales a determinar una acción a realizar, entre varias, que tenga la mayor probabilidad de producir los resultados efectivos, teniendo en cuenta las circunstancias concretas que rodean al estado del paciente; en otras palabras, ¿qué intervenciones se sabe que son más eficaces para pacientes con un diagnóstico o un conjunto de diagnósticos concretos? La medicina ha utilizado bases de datos normalizadas para reunir de forma rutinaria cantidades masivas de datos clínicos informatizados y, a partir de éstos, ha comenzado a explorar los resultados como una función de las intervenciones médicas. Por el contrario, el conocimiento de enfermería acerca de efectividad de los mismos es limitado. Los cuidados necesitan una terminología normalizada en las áreas de diagnósticos, intervenciones y resultados para poder construir grandes bases de datos que ayuden a determinar las relaciones entre estas variables. Cuando estos profesionales utilicen un lenguaje normalizado común para documentar sistemáticamente los diagnósticos de sus pacientes, los tratamientos que administran y sus consecuencias para el paciente, entonces podremos determinar las intervenciones de enfermería que funcionan mejor para un diagnóstico o población dados. No sólo mejorarán los cuidados de esa población, sino que la enfermería, como profesión, tendrá mayor reconocimiento por su particular contribución demostrada en la consecución de los resultados deseados en los pacientes.

Tercera razón: desarrollo de los sistemas de información de cuidados sanitarios

La documentación de los cuidados está cada vez más informatizada. Sin embargo, hasta que se desarrolló la NIC no había ningún sistema normalizado para la descripción de los tratamientos realizados por los profesionales de enfermería. Los centros particulares desarrollaron sus propios grupos de órdenes o acciones de cuidados copiando ideas unos de otros, utilizando listas de órdenes que se habían generado a partir de planes de cuidados utilizados por la misma institución o improvisando. Debido a que las intervenciones se han considerado tradicionalmente una serie de acciones individualizadas, una lista de ordenador sin la NIC conllevaría miles de artículos y el plan de cuidados del paciente podría contener hasta 75 «intervenciones». Aunque se podría estar de acuerdo con la lista de interven-

ciones «normalizadas» de un centro particular y también podría resultar útil para el personal de dicho centro, es poco probable que tal lista sea igual a la de otro centro. Esta falta de consistencia lleva a una incapacidad para reunir datos comparables de múltiples centros, o incluso dentro de un centro de una unidad a la siguiente. La NIC, junto con la NANDA-I y la NOC, da a los enfermeros elementos de datos clínicos para así disponer de un registro informatizado del paciente.

Cuarta razón: enseñanza de la toma de decisiones a los estudiantes de enfermería

Desde la década de 1980, en la mayoría de los libros de texto de los principales programas de estudios se han incluido los diagnósticos de enfermería, pero antes de la NIC no ha habido una propuesta sistemática para enseñar las intervenciones. Los estudiantes practican sus habilidades técnicas en un laboratorio antes de realizarlas con los pacientes, pero, por ahora, tienen pocas oportunidades de practicar la capacidad más difícil: la toma de decisiones. Con el tiempo, los libros de diagnósticos e intervenciones de enfermería basados en la teoría probada reemplazarán a los textos médico-quirúrgicos, de pediatría, salud mental y otros, que tienen una orientación más médica. También habrá más películas y casetes de audio que muestren intervenciones de enfermería independientes. Prevemos que el análisis de los datos del paciente real ayudará en la instrucción de toma de decisiones clínicas. Por ejemplo, se podrá acceder a una base de datos sobre el diagnóstico de «Trastornos de la imagen corporal» y el estudiante podrá estudiar las etiologías, intervenciones y resultados asociados, y así determinar cuál es la población para la que ciertas intervenciones resultan más eficaces. También podrá determinarse la relación de los diagnósticos e intervenciones de enfermería con los signos y síntomas del paciente, características demográficas y diagnósticos y terapias médicos. Definir y clasificar las intervenciones de enfermería será de ayuda en el importante proceso de enseñar a las enfermeras noveles a determinar las necesidades del paciente y así responder de la manera correspondiente. Además, una clasificación de intervenciones de enfermería facilitará la identificación de las intervenciones que requieren un mayor grado de conocimientos y técnica que se enseñarán en un programa de graduados.

Quinta razón: determinación de costes de los servicios proporcionados por los profesionales de enfermería

Durante la década de 1980 se han hecho muchos esfuerzos, de acuerdo con la literatura disponible, para «determinar el coste» de los servicios de enfermería. La mayoría de los estudios eran de pequeñas dimensiones en cuanto a las muestras, eran llevados a cabo en una institución y utilizaban sistemas de clasificación de pacientes sin mucha consideración en cuanto a su validez y fiabilidad^{46,53}. La amplia variedad de sistemas de clasificación de pacientes no normalizados es, de hecho, la razón clave de la dificultad en obtener grandes grupos de datos para comparar los costes de los profesionales de enfermería. La determinación de estos costes en función de las intervenciones realizadas sería un gran paso adelante, pero sería necesaria una lista normalizada de todas las intervenciones. La NIC proporciona el lenguaje para las intervenciones administradas a los pacientes que puede ser la base para determinar los costes de los servicios.

Los médicos cobran sus servicios basándose en los códigos del manual *Physicians' Current Procedural Terminology (CPT)* editado por la American Medical Association³. Hurdis Griffith y colaboradores^{28,29} han mostrado que los profesionales de enfermería a menudo realizan algunas de las intervenciones que cobran los médicos. El CPT, no obstante, sólo incluye algunas intervenciones realizadas por el personal de enfermería y de esta forma resulta inadecuado como medio de retribuir a estos profesionales. Más recientemente, se ha desarrollado una nueva clasificación multidisciplinaria, los Códigos ABC de la Alternative Link², para el reembolso a proveedores alternativos. Las intervenciones de la NIC son una parte del sistema de codificación ABC. La Alternative Link está buscando el reconocimiento del gobierno federal de Estados Unidos como conjunto de códigos que pueden utilizarse para el reembolso de Medicare y, actualmente, algunos estados utilizan los códigos ABC en los programas Medicaid.

Sexta razón: planificación de los recursos necesarios para la práctica de enfermería

Recientemente, la identificación de los costes de las intervenciones de enfermería específicas permite la evaluación de la relación coste-efectividad de los cuidados de enfermería. Conocer los costes y la efectividad de intervenciones específicas permite la disminución de aquéllos a través de la eliminación o sustitución de servicios y ayuda a determinar si los costes actuales aumentarán o disminuirán los costes futuros⁴⁵. El primer paso de este importante proceso es la identificación de las intervenciones realizadas. Entonces, se podrá estudiar el tiempo de administración, costes y efectividad de las mismas. Esta información ayudará a los administradores del personal de enfermería a planificar de forma más efectiva el personal y los equipos necesarios para llevar a cabo las intervenciones. En el pasado, la utilización de recursos se basaba en la tradición; la identificación de las intervenciones de enfermería constituye el primer paso hacia una planificación y utilización de los recursos de manera eficaz en el futuro.

Séptima razón: lenguaje para comunicar la función única de enfermería

En la primera de una serie de tres partes que apareció en el *Journal of the American Medical Association* en diciembre de 1990, el personal de la publicación preguntaba «¿Cómo un elemento tan obvio de los cuidados sanitarios puede ser tan invisible?»⁴. Seguían para identificar el dilema clave: «¿Qué hace una profesional de enfermería que sea tan único?». En una serie de ejemplos, Gebbie²⁷ destacó la invisibilidad de la profesión. Según Gebbie, la importancia del componente cuidados de los cuidados sanitarios en los resultados esperados conseguidos se ha reconocido cada vez más, aunque la enfermería no esté reconocida como factor contribuyente importante: «No hay indicios de una comprensión del campo completo de la enfermería ni de la manera en que la profesión de enfermería podría unirse a la discusión total [de la efectividad de los cuidados sanitarios]» (pág. 5). Lo que han reconocido Gebbie y otros dentro de la profesión de enfermería es que necesitamos describir sistemáticamente qué hacen estos profesionales para que se comprenda su aportación a los cuidados sanitarios. Una clasificación de intervenciones de enfermería ayuda en los esfuerzos de ésta para describir su unificación, así como sus similitudes con otros profesionales de la salud.

Octava razón: articulación con los sistemas de clasificación de otros proveedores de cuidados

A efectos de retribución e investigación, el gobierno federal, las compañías de seguros y la comunidad médica han reunido información sanitaria normalizada durante algunos años. Se han desarrollado varios Grupos de Datos Sanitarios Mínimos de Alta bajo los auspicios del National Committee on Vital and Health Statistics. El Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta (CMBD) ha sido incorporado en los requisitos de facturación hospitalaria uniformes. Catorce ítems se han incluido: identificación del paciente, fecha de nacimiento, sexo, raza y grupo étnico, residencia, identificación del hospital, fechas de ingreso y alta, diagnósticos médicos primarios, diagnósticos secundarios, procedimientos, situación al alta del paciente, fuente de pago principal esperada e identificación del médico. El Conjunto Mínimo Básico de Datos Ambulatorio es similar al CMBD, pero se basa en el supuesto de que el paciente no está hospitalizado ni en ninguna institución. El Conjunto Mínimo Básico de Datos de Larga Distancia se utiliza en los cuidados de larga estancia definido ampliamente para cubrir los servicios ambulatorio, domiciliario y en instituciones en una amplia gama de situaciones. Este grupo de datos es mayor que los dos anteriores y cubre actividades básicas de la vida diaria, la movilidad, problemas de conducta, la visión, audición y demás capacidades funcionales⁵⁸.

Para cada artículo o variable definida para un grupo de datos es necesaria una clasificación de términos de la variable. Por ejemplo, cada una de las variables de los diagnósticos, intervenciones y resultados requiere una clasificación. La principal clasificación de términos médicos es la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD e ICD-CM)^{60,61,77}, la Terminología Actual de Procedimientos (CPT)³, el Manual de Diagnósticos y Estadística de Trastornos Mentales (DSM)⁶, la Nomenclatura

Sistematizada de Medicina (SNOMED)^{20,67} y el Sistema de Codificación de Procedimientos Comunes de la Administración Económica de los Cuidados Sanitarios (HCPCS)³⁰. Para comparar estas clasificaciones con la NIC, véase el capítulo 2 de la segunda edición de este libro.

Los grupos de datos y los sistemas de clasificación médica descritos anteriormente no incluyen los cuidados. En consecuencia, el impacto de éstos en la calidad de los cuidados a los pacientes y en los costes de los cuidados sanitarios se desconoce y es invisible. Harriet Werley y colaboradores han publicado profusamente sobre la necesidad de un Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) que sería reunido sistemáticamente en todos los centros⁷⁴⁻⁷⁶. Las variables de cuidados identificadas para ser incluidas en el CMBD son los diagnósticos de enfermería, intervenciones de enfermería, resultados esperados del paciente y la intensidad de los cuidados. La NIC tiene como objeto la clasificación de las intervenciones de enfermería que puedan utilizarse para llevar a cabo el CMBD.

DESARROLLO DE LA NIC

De este modo, teniendo presentes estas razones, en 1987 empezó el trabajo para desarrollar la NIC. Tal como se indica en el capítulo 1, la investigación ha avanzado a través de cuatro fases solapadas en el tiempo:

Fase I: Elaboración de la clasificación (1987-1992).

Fase II: Elaboración de la taxonomía (1990-1995).

Fase III: Prueba y perfeccionamiento clínicos (1993-1997).

Fase IV: Uso y mantenimiento (a partir de 1996).

Durante 7 años la investigación ha recibido una subvención de los National Institutes of Health, National Institute of Nursing (1991-1998), y más recientemente se han recibido subvenciones del National Institute of Nursing Research (NINR) y de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) para la investigación de la efectividad. El resto del capítulo es una introducción al trabajo realizado en cada una de las fases. Aunque ahora los primeros años de desarrollo pueden considerarse históricamente, incluimos una introducción sobre ellos de manera que aquellos que se introduzcan por primera vez en la Clasificación entiendan sus orígenes.

Fase I: elaboración de la clasificación (1987-1992)

En la fase I se identificaron las actividades de enfermería, se agruparon y se asignaron a una denominación conceptual de intervención. Para elaborar la clasificación se utilizaron tres etapas: identificación y resolución de las cuestiones conceptuales y metodológicas, generación de una lista inicial de intervenciones, y perfeccionamiento de la lista de intervenciones y de las actividades. Cada una de estas etapas se detalla a continuación, pero el lector deberá remitirse a la primera edición de este libro⁴⁷, en la que se explica con más detalle esta fase de investigación.

Etapa 1: identificación y resolución de las cuestiones conceptuales y metodológicas

Durante la primera etapa de la investigación, se hicieron evidentes una serie de cuestiones conceptuales y metodológicas que luego fueron resueltas. Por ejemplo, una cuestión metodológica importante era si debíamos utilizar un enfoque inductivo o deductivo. Se descartó el enfoque deductivo, por el que se podían identificar y colocar las intervenciones dentro de una estructura conceptual, después de un análisis sistemático de los esquemas de clasificación de intervenciones existentes⁴⁸. Se decidió seguir un enfoque inductivo que comenzara con las actividades empleadas en enfermería para planificar y documentar los cuidados. Una cuestión conceptual importante era el tema de qué tipo de actividades de enfermería debían incluirse en la taxonomía de intervenciones. Para responder a este interrogante se identificaron las actividades de enfermería, que abarcan todas las actividades de valoración, intervención y evaluación realizadas por estos profesionales para beneficiar a los pacientes. Éstos realizan, para beneficio de los pacientes, las siguientes actividades:

1. Actividades de valoración para realizar el diagnóstico de enfermería.
2. Actividades de valoración para reunir información para que el médico realice el diagnóstico médico.
3. Actividades de tratamiento iniciadas por el profesional de enfermería en respuesta al diagnóstico de enfermería.
4. Actividades de tratamiento iniciadas por el médico en respuesta al diagnóstico médico.
5. Actividades para evaluar los efectos de los tratamientos de enfermería y médico. Éstas también son actividades de valoración, pero se realizan a efectos de evaluación, no de diagnóstico.
6. Actividades de enfermería administrativas e indirectas que apoyan las intervenciones.

A fin de que resulte útil para múltiples propósitos, una clasificación de intervenciones de enfermería debe incluir todos los tipos de tratamientos realizados por sus profesionales. El centro de las intervenciones de enfermería deben ser los tratamientos iniciados por ellos (categoría 3), pero toda lista de intervenciones de enfermería (p. ej., para un sistema de planificación de cuidados informatizado) también debe incluir tratamientos iniciados por el médico (categoría 4). Las actividades de tratamiento iniciadas por el personal de enfermería en respuesta al diagnóstico de enfermería también deben incluir aquellos tratamientos de enfermería que resultan de la respuesta del paciente a las intervenciones médicas. Si una intervención médica ha ocasionado un problema en el paciente susceptible de ser corregido con tratamiento de enfermería, entonces el profesional de enfermería deberá realizar un diagnóstico y tratarlo. Por ejemplo, algunos tratamientos médicos pueden dejar al paciente imposibilitado de llevar a cabo sus actividades de higiene diaria. El profesional de enfermería que observe esto, realizará un diagnóstico de enfermería de Baño/Déficit de autocuidados de higiene y llevará a cabo las intervenciones necesarias de Baño y Cuidados del cabello. Las categorías 3 y 4 de la lista anterior incluyen las actividades de monitorización y valoración de dichos profesionales cuando éstas se realizan como tratamientos. Desgraciadamente, las palabras *vigilancia* y *valoración* se utilizan con muchos significados distintos en los cuidados. Cuando se emplean para referirse solamente a las actividades de reunión de datos, deben incluirse en las categorías 1, 2 y 5.

Las actividades de las categorías 1 y 2 son funciones de valoración (prediagnóstico), no intervenciones (posdiagnóstico). La categoría 5 se centra en la evaluación y se identifica mejor cuando se articula una clasificación de resultados del paciente. La categoría 6, actividades administrativas y de cuidados indirectos, implica actividades de apoyo relacionadas con el desarrollo del personal, llevar los registros, asignación de personal, programación de horarios, etc. En principio no estaban enfocadas a la inclusión en esta clasificación, pero, debido a la respuesta del personal de enfermería y por su importancia, la segunda edición de este libro incluía muchas intervenciones de cuidados de enfermería indirectas. Una intervención indirecta consiste en un tratamiento realizado lejos del paciente pero en beneficio de un paciente o de un grupo de pacientes; por ejemplo: Comprobación de sustancias controladas, Desarrollo de situación crítica y Revisión del carro de emergencias. Las intervenciones de enfermería indirectas apoyan la efectividad de las intervenciones de enfermería directas. La NIC no incluye intervenciones administrativas que, más que por profesionales de enfermería clínicas, están realizadas por un director de enfermería, aunque algunas de las intervenciones de enfermería indirectas de la NIC (p. ej., Contención de los costes, Delegación y Supervisión del personal) realizadas por un director de enfermería se convertirán en intervenciones administrativas.

Etapa 2: generación de una lista inicial de intervenciones

Las actividades de enfermería, o el papel que los profesionales de enfermería desempeñan como el paso de implantación del proceso de enfermería, aparecieron rápidamente en los libros de texto de enfermería, las guías de planificación de cuidados de enfermería y los sistemas de información. En todas estas fuentes, antes de la NIC, una intervención era vista como una acción individualizada o una lista de actividades individualizadas con poca conceptualización sobre su mutua interacción. Por ejemplo, las que siguen eran intervenciones típicas que figuraban en los libros de texto de enfermería anteriores a la NIC: «Auscultar sonidos respiratorios antes y después de la aspiración», «Vigilar el nivel de

consciencia» y «Cortar los alimentos en trozos pequeños». Típicamente, los libros incluían cientos de estas «intervenciones» en la lista de un paciente en particular o para cualquier diagnóstico, llegando a ser varias docenas. Muy a menudo, estas acciones eran una mezcla de actividades de valoración y de tratamiento, así como una mezcla de actividades iniciadas por el profesional de enfermería o por el médico. Una lista de intervenciones de un libro no era igual que la lista de otro para la misma condición. Por ejemplo, si se comparan las intervenciones de enfermería sugeridas para el diagnóstico de Intolerancia a la actividad en varios textos, encontraremos enormes diferencias. Para el tratamiento de la Intolerancia a la actividad, Moorhouse, Geissler y Doenges⁵⁷ dan una lista de seis intervenciones independientes (p. ej., «Comprobar signos vitales antes e inmediatamente después de la actividad») y una intervención de colaboración («Seguir el programa de actividad y de rehabilitación cardíaca gradualmente»); McFarland y McFarlane⁵⁴ ofrecen una lista de tres objetivos con 24 intervenciones (p. ej., «Valorar el esquema de actividad pasado y presente del paciente» y «Comprometer al paciente inmóvil en un régimen de ejercicios pasivos»), y Carpenito¹³ da un lista de ocho categorías mayores de intervenciones y 46 actividades discretas (p. ej., «Enseñar a la persona a practicar una tos controlada cuatro veces al día» y «Discutir la necesidad de inmunizaciones anuales [contra la gripe, bacterias]»). A pesar de la mezcla de acciones y la enorme diferencia de enfoque, nos pareció que podíamos comenzar la tarea de elaboración de la clasificación de intervenciones agrupando los datos disponibles. De esta forma, el enfoque inductivo, que hace uso de estos datos tan ricos, era la opción lógica.

Los investigadores diseñaron un formulario de calificación de fuentes de datos y lo utilizaron para analizar y calificar las fuentes de datos de varias áreas de especialidades. (Véase la primera edición de este libro para disponer de una copia del formulario de calificación, una lista de las fuentes analizadas y un análisis del proceso utilizado⁴⁷.) Los criterios utilizados para seleccionar las fuentes eran: (1) presentar acciones de cuidados claras, individualizadas; (2) incluir una lista completa de acciones, y (3) representar la práctica actual.

Se analizaron 45 fuentes de diversas áreas de especialidad. Se hicieron todos los intentos posibles para que la selección de la fuente fuera completa; la idea principal era «arrancar» para generar una lista inicial de intervenciones. El análisis de los libros de planificación de cuidados incluía los publicados en los 5 años anteriores (1983-1988); el análisis de sistemas de información se limitó a tres en el estado de Iowa para los que se disponía de acceso, y un cuarto cuyo libro estaba publicado y disponible. Se decidió incluir algunos sistemas de información como fuentes, puesto que las listas de intervenciones de estos sistemas añadían una dimensión adicional a la práctica.

Se utilizaron 14 de las fuentes de mayor calificación en ocho trabajos de análisis de contenido para crear una lista inicial de denominaciones de intervenciones. El primer par de ejercicios utilizaba fuentes más generales (médico-quirúrgico) en su naturaleza, dos trabajos se servían de listas informatizadas, y tres trabajos usaban libros de especialidad en áreas que pueden no haber sido incorporadas por las fuentes generales o de sistemas de información. La descripción exacta de las fuentes de ejercicios, la cantidad de actividades utilizadas en cada uno y los métodos empleados para seleccionar las actividades se incluyen en el Cuadro 3-3 de la primera edición de este libro⁴⁷.

Antes de la preparación de cada ejercicio, el equipo de investigación analizó el progreso de denominaciones/actividades hasta la fecha y seleccionó de las fuentes de mayor calificación aquellos con mayor posibilidad de dar origen a nuevas denominaciones de intervenciones. Una vez que se determinaron las fuentes para el siguiente ejercicio, fueron analizadas por los principales investigadores y se determinó el método de selección de actividades. Para casi todas las fuentes las actividades fueron elegidas mediante selección aleatoria sistemática, pero la frecuencia de selección (p. ej., seleccionar cada cinco artículos o cada dos artículos) variaba por el número de actividades que figuraban en la fuente. Además, algunos textos estaban organizados por diagnóstico de enfermería y requerían la selección de diagnósticos de enfermería determinados para poder identificar las actividades de enfermería. El análisis del contenido se utilizó para categorizar las actividades enfermeras seleccionadas. Cada ejercicio se realizó de la manera siguiente:

1. Se seleccionaron aleatoriamente unas 250 actividades concretas de enfermería de dos fuentes relacionadas y se introdujeron en un fichero informático.

2. Se imprimió cada actividad en una tira de papel separado, y las tiras fueron distribuidas a todos los miembros del equipo de investigación.
3. Cada uno de los miembros del equipo categorizó de forma independiente las actividades y le dio a cada categoría una denominación de intervención.

Al principio, cada denominación hubo de ser generada por los miembros del equipo en función de su conocimiento y experiencia. Comenzando con el tercer ejercicio, los miembros seleccionaron una denominación ya identificada o añadieron una nueva denominación si la adecuada no se encontraba en la lista. En cada ejercicio se utilizaron aproximadamente 250 actividades, ya que el equipo consideró que ésta era una cantidad de actividades manejable, que además dio lugar a un buen número de denominaciones. Estos ejercicios requerían un trabajo intenso, empleando cada investigador de 4 a 6 horas en terminarlos y muchas más horas para introducir los resultados de los mismos en un ordenador. Algunas de las estrategias utilizadas por los miembros de grupo y los líderes del equipo para cumplir con esta etapa de la investigación fueron debatidas en un artículo aparecido en 1991¹⁹, así como en las páginas 37 a 39 de la primera edición de este libro⁴⁷.

Debido a que los ejercicios séptimo y octavo dieron lugar sólo a unas pocas denominaciones y puesto que el equipo de investigación estuvo de acuerdo en que estos ejercicios eran redundantes, se determinó que ya se había generado una lista inicial de denominaciones de intervenciones y que era hora de pasar a la siguiente etapa del perfeccionamiento. No creíamos que se hubieran generado todas las denominaciones de intervenciones para la taxonomía, pero sí que se había determinado una gran mayoría de ellas y que los ejercicios ya no eran el método más útil para el perfeccionamiento y ampliación de la lista.

Etapa 3: perfeccionamiento de la lista de intervenciones y de las actividades

Después de los ejercicios de análisis de contenidos, cada denominación de intervención incluía desde una a varios cientos de actividades asociadas. Muchas de ellas eran redundantes debido a que diferentes fuentes proponían la misma actividad pero con distinto enunciado. La tarea era perfeccionar las denominaciones y las actividades para progresar hacia la validez de la forma y el contenido. Se utilizaron dos métodos de perfeccionamiento: ensayo de expertos y grupos focales.

Para los ensayos de expertos se usó un procedimiento de cuestionario de Delphi de dos vueltas. Los profesionales de enfermería con un máster recibieron cuestionarios compuestos por intervenciones relacionadas con las áreas de su especialidad. El cuestionario de la primera ronda fue desarrollado a partir de las listas de denominación/actividad generada por los ejercicios. Además, la literatura sobre cuidados clínicos y de investigación fue analizada por un investigador del equipo que perfeccionó las actividades y añadió todas las denominaciones y actividades que faltaban. El investigador redactó también una denominación de la intervención que fue incluida en una o en las dos vueltas del ensayo. El procedimiento consistió en seleccionar los grupos de denominaciones de intervenciones relacionadas, generar listas de las actividades asociadas mediante un ordenador y, después de su perfeccionamiento por parte de un investigador del equipo basado en la literatura, elaborar un cuestionario. Se solicitó a los participantes que calificaran cada actividad en función de hasta qué punto era característica de la denominación. Se adaptó la metodología de Fehring^{24,25} de validación de contenido de los diagnósticos de enfermería para su uso con las intervenciones y se permitió a las puntuaciones de Validez de Contenido de Intervención (ICV) disponer de actividades críticas y de apoyo.

El método de Fehring adaptado para las denominaciones de intervenciones incluía los siguientes pasos:

1. Expertos de enfermería calificaron las actividades de cada intervención en una escala tipo Likert de 1 (la actividad no es característica en absoluto de la intervención) a 5 (la actividad es muy característica). También se les solicitó que sugirieran actividades que faltaran y que comentaran la definición.
2. Se utilizó la técnica Delphi para elevar el consenso entre los expertos. Se utilizaron cuestionarios de dos vueltas. La segunda vuelta representaba un perfeccionamiento de la primera lista de

actividades e intervenciones basado en las respuestas de los profesionales de enfermería en la primera vuelta.

3. Se calcularon índices de peso para cada actividad. Éstos se obtuvieron sumando los pesos asignados a cada respuesta y luego dividiéndolos entre el número total de respuestas. Se utilizaron los pesos establecidos por Fehring: 5 = 1, 4 = 0,75, 3 = 0,50, 2 = 0,25 y 1 = 0.
4. Las actividades con índices iguales o superiores a 0,80 se denominaron actividades críticas. Las actividades con índices inferiores a 0,50 fueron descartadas. Estos cortes, determinados por Fehring, constituyen convenciones establecidas que se basan en las normas aceptadas para la determinación de la fiabilidad.
5. Se obtuvo la puntuación ICV total para cada intervención sumando las calificaciones de actividades individuales y promediando los resultados.

Durante un período de 2 años (junio de 1989 a junio de 1991) se completaron 14 ensayos y se aprobaron 138 validaciones. Se informó acerca del procedimiento y los resultados de 12 de los ensayos en un simposio de *Nursing Clinics of North America*¹¹. Estos ensayos incluyeron los temas de Cuidados circulatorios, Cumplimiento, Intervenciones familiares, Líquidos y electrolitos, Acercamiento maternoinfantil, Actividad y movimiento, Cuidados neurológicos, Dolor, Enseñanza del paciente, Cuidados respiratorios, Seguridad y Vigilancia. Además, se publicó uno de los primeros ensayos de denominaciones relacionado con los cuidados de la piel en *Nursing Diagnosis*⁷¹. En estas publicaciones se informó acerca de la puntuación ICV de cada intervención y de las puntuaciones de los índices de cada actividad.

El segundo método, el trabajo del grupo de enfoque, fue instituido al notarse que el proceso del ensayo llevaba demasiado tiempo, era costoso y no muy adecuado para todas las intervenciones. Para el método de validación del grupo de enfoque, un miembro del equipo preparaba un esbozo de la denominación, la definición y las actividades para el análisis inicial por parte de un pequeño grupo central de miembros del equipo seguido de un análisis por parte de todo el equipo. A menudo se desarrollaron y analizaron intervenciones relacionadas conjuntamente como un grupo, ya que esto ayudaba en la clarificación de las similitudes y diferencias de las intervenciones. Normalmente cada intervención era analizada tres veces, dos por el grupo central y una por todo el equipo. Para cada intervención se contó con la respuesta de 5 a 20 personas. Cada análisis sucesivo condujo a un mayor perfeccionamiento de la denominación, la definición y las actividades. En ocasiones, el análisis de una intervención condujo a una repetición y revisión de otra intervención desarrollada anteriormente.

El método del grupo de enfoque no tuvo como resultado puntuaciones ICV o agrupamiento de las categorías en actividades principales y de apoyo. Sin embargo, sí obtuvo intervenciones bien definidas y editadas y en listas de actividades completas. Los resultados fueron 198 intervenciones validadas por el grupo de enfoque.

En resumen, el resultado del trabajo de la fase I fueron 336 intervenciones, cada una con una denominación, una definición y un grupo de actividades relacionadas que describían las acciones del profesional de enfermería que implementa la intervención y una bibliografía de apoyo. En este punto de la investigación, sometimos el manuscrito para la primera edición de este libro, que se publicó en mayo de 1992⁴⁷. Aun cuando sabíamos que el trabajo sólo era un comienzo, creímos necesario publicarlo para que el proyecto fuera conocido y otros pudieran utilizar las intervenciones y dar respuestas. No obstante, continuamos trabajando, y en la segunda edición⁵⁰ añadimos nuevas intervenciones y agrupamos las intervenciones en una taxonomía con códigos numéricos.

Fase II: elaboración de la taxonomía (1990-1995)

En la fase II, elaboración de la taxonomía, las intervenciones se agruparon en grupos relacionados y se organizaron en tres niveles de abstracción. Para elaborar la taxonomía se utilizaron dos etapas adicionales.

Etapas 4: disposición de la lista de intervenciones en una estructura taxonómica inicial

Una vez que se hubieron definido las intervenciones, era necesaria una estructura organizativa. Se decidió que la estructura debía resultar sencilla de usar y clínicamente significativa. Se utilizaron califi-

caciones de similitud y agrupamientos jerárquicos para guiar el desarrollo de la taxonomía. El análisis de grupo jerárquico nos ayudó a agrupar intervenciones similares en grupos de intervenciones relacionadas, y estos grupos a su vez se agruparon en «supergrupos» en función de sus similitudes^{23,32}. Los métodos de desarrollo de la taxonomía han sido explicados con detalle en un artículo publicado en *Image* en el otoño de 1993³³. Aquí sólo se ofrece un análisis breve, y los lectores deben remitirse a dicho artículo para más información.

Para generar las calificaciones de similitud, se les dio a 17 miembros profesionales de enfermería del equipo de investigación de intervenciones las denominaciones y las definiciones de intervención en tarjetas separadas. Cada persona clasificó las intervenciones en grupos relacionados. Se les instruyó para que utilizaran un procedimiento inductivo y dejaran que las categorías emergieran de los datos (intervenciones y sus definiciones). También se les solicitó que pusieran un nombre a cada grupo resultante si lo deseaban, pero esto no fue necesario. Estaban limitados a 25 grupos, ya que se pensó que más de esto no resultaría clínicamente útil. Se proporcionó una hoja adicional en la que se les solicitaba que escribieran sus comentarios acerca de las estrategias y guías utilizadas para el agrupamiento.

Los datos de las asignaciones de grupos fueron introducidos en un ordenador y se utilizó un agrupamiento jerárquico para analizar el número de calificadores que ponían intervenciones por pares en el mismo grupo. Se computó una puntuación de aproximación para cada par de intervenciones (p. ej., Administración de productos sanguíneos y Terapia intravenosa [i.v.]). La aproximación se determinó teniendo en cuenta cuántos calificadores colocaban estas dos denominaciones de intervenciones en el mismo grupo. Las aproximaciones de cada par fueron expresadas como la proporción del máximo número de puntos posibles. Si todos colocaban un par particular de intervenciones en la misma categoría, entonces tal par tenía una aproximación de 1. Inversamente, un par de intervenciones (p. ej., Terapia intravenosa [i.v.] y Terapia asistida con animales) que nunca aparecían juntas para ningún calificador recibía una aproximación de 0. Hubo 57.970 pares de intervenciones y, por tanto, 57.970 aproximaciones que computar.

Se eligió un análisis completo de relación (la similitud entre el par más distante de las intervenciones de dos grupos) como la mejor técnica de análisis de grupos para este ejercicio, y se analizaron escritos de cinco agrupaciones de datos diferentes por parte de los miembros del equipo para ver su coherencia y utilidad clínicas. El equipo decidió que entre 20 y 30 grupos definidos era lo más útil clínicamente, y en principio se eligieron 27 grupos que parecían agrupar bien los datos. A éstos se les denominó *clases* de intervenciones. A cada uno se le asignó un nombre teniendo en cuenta las sugerencias hechas por los miembros del equipo durante el ejercicio.

Cada clase fue sistemáticamente analizada por un grupo seleccionado de cuatro a seis miembros del equipo. Se identificaron características distintivas de cada clase y se redactó una definición para cada una. Se hicieron algunas revisiones y luego cada integrante analizó, como un todo, las clases revisadas y sus definiciones. Se realizaron pequeñas modificaciones adicionales y una clase fue eliminada. El grupo determinó que había consenso acerca de las restantes 26 clases, sus nombres y definiciones, y las intervenciones que contenía cada una. No creyeron, sin embargo, que esto fuera la «cima» de la taxonomía. Se tomó la decisión de intentar el mismo ejercicio con una clasificación de las clases.

De esta forma, las 26 clases, cada una con sus definiciones e intervenciones, fueron impresas en tarjetas y los miembros del equipo clasificaron las clases en grupos relacionados. Nuevamente se les instruyó para que utilizaran un procedimiento inductivo y dejaran que los grupos emergieran de los mismos datos. Se les pidió que sugirieran nombres para cada grupo y que registraran sus comentarios en el proceso de toma de decisión en el que estaban comprometidos durante la clasificación. Esta vez se limitaron a siete grupos, puesto que se creyó que el nivel más alto de la taxonomía no sería manejable con una cantidad mayor.

El análisis de grupo jerárquico de 26 clases resultó en seis «supergrupos». Los miembros del equipo analizaron éstos y determinaron que representaban la práctica clínica y decidieron llamarlos *campos*. Se desarrollaron las denominaciones de campo y las definiciones. La estructura de la taxonomía completa compuesta de campos, clases e intervenciones se imprimió y se distribuyó entre todos los miembros del equipo. Se mantuvo un debate y se invitó a cada participante a presentar comentarios por escrito.

En este punto disponíamos de una estructura taxonómica de tres filas compuesta por 6 campos, 26 clases y 357 intervenciones (las 336 originales más otras que se habían desarrollado desde la publicación). La taxonomía fue impresa en un folleto y se puso a disposición de las personas interesadas en su valor³². Después de un estudio de validación (véase la siguiente etapa, ensayo de validación 4), se revisó la taxonomía para incluir los 6 dominios y las 27 clases publicadas en la segunda edición.

Etapa 5: validación de las denominaciones de las intervenciones, actividades definitoria y taxonomía

Ahora que ya teníamos las intervenciones desarrolladas y organizadas, queríamos asegurarnos de que el trabajo había sido útil para el personal de enfermería en prácticas. Se realizaron cuatro ensayos de validación.

Ensayo de validación 1: utilización del ensayo por organizaciones especialistas. En 1992 se distribuyó un cuestionario de tres partes a los jefes de 32 organizaciones de práctica clínica que eran miembros del National Organization Liaison Forum (NOLF) de la American Nurses Association. En la primera parte del cuestionario, se incluyeron la denominación y la definición de las 336 intervenciones. Las intervenciones similares fueron colocadas juntas en las 26 clases de intervenciones de la taxonomía. Se pidió a los representantes de instituciones que calificaran la frecuencia con que sus miembros realizaban cada intervención. La escala de 5 puntos consistía en varias veces al día, aproximadamente una vez al día, aproximadamente una vez a la semana, aproximadamente una vez al mes y raramente o nunca. En la segunda parte del cuestionario, se les solicitó que identificaran cualquier intervención que consideraran que faltaba en la lista y que identificaran las intervenciones que constituyeran el centro de su especialidad. Dicho *centro* fue definido como «si alguien leyera la lista conocería la naturaleza de su especialidad». La parte tres del cuestionario recogía información demográfica.

El jefe de cada organización determinó la forma de entregar la información solicitada. Algunos hicieron que una comisión de prácticas completara el cuestionario, mientras que otros designaron un oficial de la organización para que suministrara los datos. El equipo de investigación recibió 28 cuestionarios útiles. Los implicados de NOLF calcularon que el 84% de sus 264.493 miembros eran empleados, el 43% tenía 10 o más años de experiencia en la especialidad, el 41% tenía un grado de bachillerato y el 27% un grado de graduado, el 37% tenía un título de especialista, y el 46% de los miembros utilizaban los diagnósticos de enfermería.

El informe parcial de los resultados del ensayo figura en cuatro artículos^{7,12,68,69}. Estos resultados demuestran que la NIC sí incluye intervenciones adecuadas a todas las especialidades, y también proporcionaron datos de inicio sobre los tipos de usos de las diferentes intervenciones. Se informó que 36 intervenciones habían sido utilizadas varias veces al día por parte del 50% de las organizaciones de especialidad. Las seis intervenciones más frecuentemente utilizadas (utilizadas por el 75% de las organizaciones varias veces al día) eran Escucha activa, Apoyo emocional, Control de infecciones, Monitorización de los signos vitales, Protección contra las infecciones y Manejo de la medicación. Este ensayo demostró que la NIC es útil para definir la naturaleza de la práctica de los profesionales de enfermería especialistas, y proporcionó la base para un ensayo de seguimiento en 1995 para definir las intervenciones centrales (véase pág. 36).

Ensayo de validación 2: utilización del ensayo por profesionales de enfermería a título individual. El ensayo utilizado por las organizaciones de especialistas se modificó y se envió a profesionales de enfermería con carácter individual de diversas áreas de especialidad activamente comprometidos con la práctica clínica. Los nombres se obtuvieron de una lista de participantes que habían servido como calificadores expertos en trabajos anteriores de la NIC. A los participantes se les solicitó que copiaran y pasaran el cuestionario a otros profesionales expertos. Se enviaron 442 cuestionarios y se recibieron 277 útiles. Los participantes eran profesionales de enfermería experimentados, con educación superior: el 90% tenía más de 6 años de experiencia, siendo la media de 17 años; el 77% tenía un grado de bachillerato o superior, con el 55% con un grado de máster. Vivían en todas las regiones del país, la mayoría

en los estados del norte y centro. Muchos estaban empleados en hospitales, con el 91% trabajando en comunidades con más de 30.000 personas.

Este ensayo demostró, además, que todas las intervenciones NIC son utilizadas por el personal en la práctica clínica. Las clasificaciones de uso proporcionadas por las enfermeras individuales fueron analizadas por sitio y especialidad de trabajo. Hubo 219 (79%) profesionales empleados en hospitales y 58 (21%) trabajaban en el ámbito no hospitalario. Hubo 111 (40%) que trabajaban en cuidados intensivos y 166 (60%) realizaban prácticas en otras especialidades. Los resultados fueron analizados para determinar las intervenciones realizadas con mayor frecuencia por sitio y especialidad de trabajo. De las 336 intervenciones consideradas, hubo 159 intervenciones utilizadas con mayor frecuencia por los profesionales de enfermería de hospital que de otros ámbitos. Intervenciones como Manejo ácido-base, Precauciones con hemorragias, Manejo de electrolitos y Manejo de líquidos, que apoyan la regulación homeostática, fueron muy evidentes. Aquellos que no trabajaban en hospitales identificaron 52 intervenciones que utilizaban con mayor frecuencia que los que trabajaban en hospitales. Éstas incluían Protección contra abusos, Guía de anticipación, Fomentar el acercamiento, Terapia de reminiscencia y Terapia de grupo. Estas intervenciones apoyan la unidad familiar y facilitan los cambios en el estilo de vida. Hubo 185 intervenciones llevadas a cabo con mayor frecuencia por los profesionales de enfermería de cuidados intensivos, incluyendo intervenciones que apoyan la regulación homeostática, por ejemplo Manejo de las vías aéreas artificiales, Precauciones con hemorragias, Cuidados cardíacos y Manejo del código de urgencias, así como intervenciones de ayuda de autocuidados (p. ej., Baño, Cuidados del paciente encamado, Cuidados de la incontinencia intestinal y Cuidados de los ojos). Hubo 65 intervenciones utilizadas con mayor frecuencia por los profesionales de cuidados no intensivos, incluyendo una gran cantidad de intervenciones que apoyan la unidad familiar (p. ej., Protección contra abusos, Guía de anticipación, Fomentar el acercamiento, y Estimulación de la integridad familiar: familia con niño [recién nacido]) y aquellas que facilitan los cambios de estilo de vida (p. ej., Aumentar el afrontamiento, Asesoramiento, Facilitar el aprendizaje y Entrenamiento de la memoria). Se utilizaron otras intervenciones igualmente para todos los grupos. (Véase el Cuadro 2-4 en las págs. 27-30 de la segunda edición de la NIC⁵⁰ para los resultados completos.) Aunque el ensayo sólo representó los datos de inicio de las intervenciones utilizadas por los profesionales de enfermería, demostró que la NIC es útil para describir el trabajo del profesional que opera en distintos ambientes y diferentes áreas de especialidad.

Ensayo de validación 3: utilización de intervenciones de enfermería indirectas. En cada uno de los dos estudios anteriores, se solicitó a los participantes que identificaran toda intervención que consideraran que faltaba en la NIC. Muchas de las sugerencias de intervenciones adicionales se referían al área de cuidados indirectos: tratamientos realizados lejos del paciente pero importantes para la efectividad de las intervenciones de enfermería directas. Los ejemplos incluyen Comprobación de sustancias controladas, Desarrollo de situación crítica, Revisión del carro de emergencias, Manejo ambiental y Manejo de los suministros. La respuesta de los participantes del ensayo confirmó a los miembros del equipo que era importante desarrollar más intervenciones de enfermería indirectas. De acuerdo con Prescott y colaboradores⁶⁰, la mitad del tiempo de un profesional de enfermería se pasa en actividades de manejo indirecto y de unidad, en comparación con sólo un tercio del tiempo del profesional dedicado a actividades de enfermería directas (los cálculos varían según el estudio; el porcentaje restante de tiempo está en la categoría del personal). La importancia de definir las intervenciones de enfermería indirectas es cada vez más significativa a medida que aumenta el manejo de casos y el uso de personal asistente sin titulación. Es necesaria la definición de los cuidados tanto directos como indirectos para poder decidir lo que hay que delegar en los demás. El equipo de investigación mantuvo varios debates acerca de la naturaleza de las intervenciones de enfermería y decidió que era el momento de ampliar la NIC para incluir tanto los tratamientos de enfermería directos como indirectos. La definición de una intervención de enfermería fue revisada para incluir las intervenciones de enfermería indirectas. Cuando tuvimos una cantidad suficiente de intervenciones indirectas se realizó un ensayo de validación de algunas de ellas. Para el ensayo se marcaron cuatro objetivos:

1. Determinar la proporción de utilización (validez) de las intervenciones de enfermería indirectas.
2. Ayudar en la identificación de las intervenciones de enfermería indirectas faltantes.
3. Determinar cálculos de tiempo de las intervenciones.
4. Determinar el nivel de preparación del proveedor para realizar las intervenciones.

Los objetivos 3 y 4 se incluyeron como un trabajo piloto para futuros estudios.

Se desarrolló un cuestionario para saber el uso de 26 intervenciones de enfermería indirectas, que fue enviado a 500 miembros docentes de enfermería médico-quirúrgica. Este grupo fue elegido debido a que se creyó que estos profesionales realizarían la mayoría de las intervenciones. Devolvieron 171 ensayos útiles. Los resultados muestran que las 26 intervenciones son utilizadas en la práctica, lo que apoya la validez de incluirlas en la NIC. Las intervenciones utilizadas varias veces al día por parte del 50% o más de los participantes fueron Documentación (97%), Delegación (80%), Transcripción de órdenes (77%), Manejo ambiental (70%) y Manejo de la tecnología (62%). Algunas intervenciones fueron utilizadas varias veces al día por un 40% o más de los participantes: Comprobación de sustancias controladas (49%), Consulta por teléfono (48%), Informe de turnos (45%), Manejo de muestras (45%), Facilitar las visitas (43%) y Transporte (42%). Las que fueron utilizadas raramente o una vez al mes fueron *Triage* (83% raramente, 9% mensualmente), Manejo del código de urgencias (61% raramente, 32% mensualmente), Evaluación de productos (56% raramente, 33% mensualmente) y Preceptor: empleado (raramente 43%, mensualmente 40%). Los detalles de los resultados de este ensayo, incluyendo información sobre las veces que se realizan las intervenciones o se delegan las decisiones, aparecerán próximamente en un artículo⁵².

Ensayo de validación 4: validación de la taxonomía. El cuarto ensayo de validación fue un cuestionario desarrollado para valorar el sentido que tenían las clases y los campos. Fue distribuido en mayo de 1993 a un conjunto de profesionales expertos en desarrollo de teorías que eran miembros de la Midwest Nursing Research Society (MNRS)³⁴. Se enviaron cuestionarios a 161 miembros de la MNRS de los grupos interesados en el desarrollo de la teoría, métodos cualitativos y diagnósticos de enfermería, y se analizaron 121 ensayos útiles. La muestra fue de 47 años de edad, de promedio, con una media de 24 años de experiencia en enfermería. Veinte (16%) tenían un grado de máster y los restantes 101 sujetos (83%) un doctorado.

Se suministraron a cada participante una copia de la taxonomía completa y un cuestionario del ensayo. Se solicitó a cada uno que calificara los campos y cada una de las clases en cuanto a sus características (de 1 –para nada característico– a 5 –muy característico–) en función de cinco criterios:

Claridad: la denominación y la definición de clase se establecen en términos claros y comprensibles.

Homogeneidad: todas las intervenciones son variaciones de la misma clase.

Inclusividad: la clase incluye cada intervención posible.

Exclusividad mutua: la clase excluye las intervenciones que no pertenecen a ella.

Teoría neutral: la clase puede ser utilizada por cualquier institución, especialidad de enfermería o modelo de administración de cuidados independientemente de la orientación filosófica.

El análisis de los resultados indicó que la taxonomía estaba bien desarrollada. Concretamente, el 77% de los participantes calificó los dominios como bastante característicos o muy característicos en todos los criterios, y el 88% de los participantes clasificó las clases como bastante características o muy características en todos los criterios. Los criterios de la teoría neutral y la exclusividad mutua recibieron las más altas calificaciones; el criterio de inclusividad recibió las más bajas. El campo Fisiológico: complejo tuvo las calificaciones más altas, y el campo Sistema sanitario tuvo las más bajas, debido principalmente a que los participantes no creían que incluyera todas las intervenciones de esta área. Puesto que éste es el campo en el que están ubicadas la mayoría de las intervenciones de enfermería indirectas, se validó la necesidad de desarrollar más intervenciones de este tipo.

En función de los resultados, tanto cualitativos como cuantitativos, se realizaron revisiones de la taxonomía. Los cambios se produjeron principalmente en las definiciones. Se modificaron tres nom-

