

## Etiquetas diagnósticas de la NANDA-I en un área de salud del sur de España

Rafael González-Rodríguez<sup>1</sup>  
María de los Ángeles Martelo-Baro<sup>1</sup>  
Pilar Bas-Sarmiento<sup>1</sup>

Objetivo: determinar la incidencia de las etiquetas diagnósticas de la NANDA-I (*North American Nursing Diagnosis Association-International*) y establecer la distribución de los episodios asistenciales y de sus respectivas etiquetas, en función de variables sociodemográficas (edad y sexo). Método: estudio epidemiológico descriptivo y de corte transversal de las etiquetas de la NANDA-I, bajo diseño ecológico. Se analizó la distribución de las etiquetas según sexo y edad, se calcularon las frecuencias correspondientes y se computaron las tasas de incidencia con datos agregados para los episodios asistenciales por etiqueta. Resultados: el número total de episodios asistenciales del estudio fue de 9.928 (41,65% hombres y 58,35% mujeres). Las etiquetas identificadas en los episodios fueron 16.456 (7.084 hombres y 9.372 mujeres), con un promedio de 1,7 etiquetas por episodio; de las 216 etiquetas propuestas por la NANDA-I, en su clasificación 2012-14, se utilizaron 152, lo que representó 70,4%. Las etiquetas con mayores tasas de incidencia por mil habitantes fueron: Ansiedad, Disposición para mejorar los conocimientos y Riesgo de infección. Conclusiones: el estudio permitió detectar, a través de la NANDA-I, las respuestas a los problemas de salud de mayor incidencia en los usuarios atendidos.

Descriptores: Investigación; Diagnóstico de Enfermería; Estudios Epidemiológicos.

<sup>1</sup> PhD, Profesor, Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Facultad de Enfermería, Universidad de Cádiz, Cádiz, España.

### Cómo citar este artículo

González-Rodríguez R, Martelo-Baro MA, Bas-Sarmiento P. Diagnostic labels of NANDA-I in a southern region of Spain. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2911. [Access   ]; Available in:  URL  
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1714.2911>. mes día año

## Introducción

El diagnóstico de enfermería es el juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales, que la enfermera identifica, valida y trata de forma independiente<sup>(1)</sup>.

El desarrollo y la clasificación de los diagnósticos enfermeros han transcurrido por un período de identificación y descripción de las percepciones de las enfermeras sobre los problemas de salud de los usuarios a los que cuidan, a partir de investigaciones y consensos en diferentes contextos de la práctica, de las propuestas de nuevos diagnósticos y de la revisión de los existentes<sup>(2)</sup> y ha contribuido a la identificación de respuestas humanas para los problemas de salud y procesos de vida y a la descripción de las necesidades que los usuarios están experimentando.

Existen diferentes abordajes para cuantificar y calificar dichos problemas y necesidades de salud de la población. Cada uno de ellos hace aportes específicos y tienen también sus propias limitaciones. Se pueden hacer inferencias a partir de censos, estadísticas vitales, tasas poblacionales y de otros métodos. También, se pueden medir: síntomas; enfermedades; lesiones e incapacidades (a través de la percepción aportada por el usuario sobre su salud); funciones físicas y mentales, objetivamente; signos vitales; y niveles bioquímicos, entre otras posibles determinaciones. Entre los posibles abordajes, los estudios epidemiológicos son aplicados habitualmente, su propósito es estimar factores como: magnitud global de un problema; repercusión en la salud; integridad de los servicios de salud; necesidades específicas de atención a la salud de los individuos, y otros aspectos<sup>(3)</sup>. Los estudios epidemiológicos sobre diagnósticos de enfermería se diseñan para documentar su frecuencia o prevalencia en una población determinada.

Con estas premisas - siguiendo las recomendaciones del Consejo Internacional de Enfermería<sup>(4)</sup> (prioridades de investigación en enfermería para el presente siglo) y dada la validez de los diagnósticos de la NANDA-I en los estudios epidemiológicos de incidencia y prevalencia de diagnósticos específicos en determinados entornos y poblaciones<sup>(2)</sup> - nos hemos propuesto el objetivo descrito a continuación.

## Objetivo

Determinar la incidencia de las etiquetas diagnósticas de la NANDA-I en el Área de Gestión Sanitaria del municipio "La Línea de la Concepción" (Cádiz, Andalucía, España) estableciendo la distribución

de los episodios asistenciales y de sus respectivas etiquetas, en función de variables sociodemográficas (edad y sexo).

## Material y Método

Se trata de un estudio epidemiológico descriptivo, de corte transversal de las etiquetas diagnósticas de la NANDA-I, bajo un diseño ecológico, es decir, basado en grupos de una población específica, los que constituyen las unidades de estudio, a partir de las cuales se comparan las tasas de enfermedad y algunas otras características. Se estudiaron 13.587 episodios asistenciales, de los cuales 3.659 fueron excluidos por los criterios abajo expresados, acaecidos en el Área de Gestión Sanitaria del municipio de La Línea de la Concepción (Cádiz, Andalucía, España); dicha área estuvo compuesta por un hospital general y 3 centros de atención primaria de salud; el estudio se realizó entre 1/enero y 31/diciembre de 2014; fueron extraídos de cada registro de enfermería informatizado las siguientes variables: sexo, edad y etiquetas diagnósticas asignadas, según la Clasificación NANDA-I (versión 2012-2014), identificadas durante el ingreso de los usuarios o en sus primeras consultas.

Entendemos por episodio asistencial a la historia clínica que generan los profesionales de la salud cada vez que un usuario es atendido en un hospital o centro de salud.

Se realizó el análisis de la distribución de las diferentes etiquetas diagnósticas según sexo y edad; a continuación se calcularon las frecuencias correspondientes y se computaron, para cada etiqueta diagnóstica, las tasas de incidencia con datos agregados para los episodios asistenciales.

Los datos se obtuvieron de una fuente secundaria, pertenecientes a una base de datos creada por el Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del Área de Gestión Sanitaria del Municipio de La Línea de la Concepción; para su procesamiento y posterior análisis estadístico se emplearon los programas informáticos Microsoft Excel 2013 e IBM SPSS Statistics 20.

Debido a que se trabajó con el total de episodios asistenciales registrados oficialmente, se tomó como referencia la población total del municipio. Los datos del censo de la población, correspondientes al año 2014, se obtuvieron de la base de datos del Instituto Nacional de Estadística y los grupos etarios se clasificaron siguiendo los valores propuestos por la NANDA-I en su clasificación 2015-2017.

Se utilizaron los siguientes criterios de exclusión:  
- Historias clínicas pertenecientes a personas que no residían en el municipio de La Línea de la Concepción.

- Historias clínicas en las que no aparecía, por lo menos, un diagnóstico de enfermería.

Este estudio fue realizado en concordancia con los estándares éticos establecidos en la Declaración de Helsinki y siguiendo las recomendaciones de Buena Práctica Clínica de la Comunidad Europea (documento 111/3976/88 de julio de 1990); fueron cumplidas las regulaciones legales españolas sobre confidencialidad de datos (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, Protección de datos de carácter personal). También contó con la aprobación del Comité de Ética de Investigación Clínica del Hospital de Puerto Real, Bahía de Cádiz, La Janda y Campo de Gibraltar (expediente número 11\_12).

## Resultados

El número total de episodios asistenciales estudiados fue de 9.928, con una media de edad de 56,63 años (DE=27,23). La media de edad en hombres fue de 55,09 años y en las mujeres de 57,94 años; en la Tabla 1 se puede observar su distribución por sexo, grupos etarios y razón hombre/mujer.

Para tener una idea segura de la magnitud del problema, se relacionaron los episodios asistenciales con la proyección de la población para cada grupo de

edad. La distribución de las poblaciones en cada grupo de edad se presenta en la Tabla 2.

Se calcularon las tasas de incidencia con datos agregados de los episodios asistenciales por grupos de edad; para estimar el margen de error se calculó el correspondiente intervalo de confianza con un nivel de significación del 95%. Los resultados son los expresados en la Tabla 3, donde los denominadores empleados son las proyecciones de la población a mitad del periodo, es decir, a 1 de julio de 2014, facilitadas por el Instituto Nacional de Estadística.

El número total de etiquetas diagnósticas identificadas en los episodios asistenciales fue de 16.456 [7.084 (43,05%) en hombres y 9.372 (56,95%) en mujeres] con un promedio de 1,7 etiquetas por episodio; de las 216 etiquetas propuestas por la NANDA-I, en su clasificación 2012-14, se utilizaron 152, lo que representó el 70,4%. A continuación se procedió al análisis de la etiqueta diagnóstica principal, calculando la frecuencia observada, sus porcentajes y las tasas de incidencia; fueron seleccionadas las etiquetas más representativas del total según el sexo (tabla 4) y grupo de edad (Tabla 5).

Tabla 1 – Distribución de los episodios asistenciales por grupos de edad, sexo y razón hombre/mujer. La Línea de la Concepción, CA, España, 2014

| Grupos etarios | Episodios asistenciales |         | Total | Porcentaje | R H/M* |
|----------------|-------------------------|---------|-------|------------|--------|
|                | Hombres                 | Mujeres |       |            |        |
| Lactantes      | 74                      | 129     | 203   | 2%         | 0,57   |
| Niños          | 234                     | 233     | 467   | 4,7%       | 1      |
| Adolescentes   | 182                     | 193     | 375   | 3,8%       | 0,94   |
| Adultos        | 1.641                   | 2.139   | 3.780 | 38,1%      | 0,76   |
| Ancianos       | 2.004                   | 3.099   | 5.103 | 51,4%      | 0,64   |
| Total          | 4.135                   | 5.793   | 9.928 | 100        | 0,71   |

\*R H/M: Razón Hombre/Mujer

Tabla 2 – Población adscrita a los diferentes grupos de edad del municipio de La Línea de la Concepción, CA, España, proyección de población año 2014

| Grupos etarios | Habitantes |         | Total habitantes | Porcentaje |
|----------------|------------|---------|------------------|------------|
|                | Hombres    | Mujeres |                  |            |
| Lactantes      | 370        | 353     | 723              | 1,1        |
| Niños          | 3.766      | 3.429   | 7.195            | 11         |
| Adolescentes   | 3.867      | 3.538   | 7.405            | 11,3       |
| Adultos        | 20.240     | 19.937  | 40.177           | 61,4       |
| Ancianos       | 4.301      | 5.624   | 9.925            | 15,2       |
| Total          | 32.544     | 32.881  | 65.425           | 100        |

Tabla 3 – Episodios asistenciales, proyección de población en la mitad del periodo y tasa de incidencia (personas-periodo de seguimiento). La Línea de la Concepción, CA, España, 2014

| Grupos etarios | EA*   | PP†    | TI‡     | TI por mil habitantes | IC§ (95%) TI por mil |
|----------------|-------|--------|---------|-----------------------|----------------------|
| Lactantes      | 203   | 723    | 0,28077 | 280,77                | 270,1-291,5          |
| Niños          | 467   | 7.195  | 0,06490 | 64,90                 | 42,5-87,3            |
| Adolescentes   | 375   | 7.405  | 0,05064 | 50,64                 | 25,4-75,9            |
| Adultos        | 3.780 | 40.177 | 0,09408 | 94,08                 | 75,6-112,5           |
| Ancianos       | 5.103 | 9.925  | 0,51415 | 514,15                | 506,3-522            |
| Total          | 9.928 | 65.425 | 0,15174 | 151,74                | 137,2-166,3          |

\*EA: Episodios Asistenciales; †PP: Proyección de Población; ‡TI: Tasa de Incidencia; §IC: Intervalo de Confianza.

Tabla 4 – Frecuencia observada, porcentaje y tasas de incidencia de las etiquetas diagnósticas principales en el total de episodios asistenciales y por sexo. La Línea de la Concepción, CA, España, 2014

| Etiqueta diagnóstica                       | Total |      |      | Hombres |      |      | Mujeres |      |      |
|--|-------|------|------|---------|------|------|---------|------|------|
|  | Fo*   | %†   | TI‡  | Fo*     | %†   | TI‡  | Fo*     | %†   | TI‡  |
| Ansiedad                                   | 1.488 | 15   | 22,7 | 626     | 15,1 | 19,2 | 862     | 14,9 | 26,2 |
| Disposición para mejorar los conocimientos | 1.152 | 11,6 | 17,6 | 508     | 12,3 | 15,6 | 644     | 11,1 | 19,5 |
| Riesgo de infección                        | 1.127 | 11,4 | 17,2 | 495     | 12   | 15,2 | 632     | 10,9 | 19,2 |

\*Fo: Frecuencia observada; †%: porcentaje; ‡TI: Tasa de Incidencia

Tabla 5 – Distribución de las etiquetas diagnósticas principales en cada grupo de edad y por sexo. La Línea de la Concepción, CA, España, 2014

| Lactantes: ≥ 28 días y < 1 año                    |       |      |      |         |      |      |         |      |      |
|---|-------|------|------|---------|------|------|---------|------|------|
| Etiqueta diagnóstica                              | Total |      |      | Hombres |      |      | Mujeres |      |      |
|   | Fo*   | %†   | TI‡  | Fo*     | %†   | TI‡  | Fo*     | %†   | TI‡  |
| Lactancia materna eficaz                          | 46    | 22,7 | 63,6 | 17      | 23   | 46   | 29      | 22,5 | 82,2 |
| Riesgo de infección                               | 30    | 14,8 | 41,5 | 12      | 16,2 | 32,4 | 18      | 14   | 51   |
| Ansiedad  | 23    | 11,3 | 31,8 | 9       | 12,2 | 24,3 | 14      | 10,9 | 39,7 |
| Niños: entre 1 y 9 años, ambos incluidos          |       |      |      |         |      |      |         |      |      |
| Riesgo de infección                               | 71    | 15,2 | 9,9  | 37      | 15,8 | 9,8  | 34      | 14,6 | 9,9  |
| Ansiedad  | 56    | 12   | 7,8  | 23      | 9,8  | 6,1  | 33      | 14,2 | 9,6  |
| Deterioro de la movilidad física                  | 23    | 4,9  | 3,2  | 12      | 5,1  | 3,2  | 11      | 4,7  | 3,2  |
| Adolescentes: entre 10 y 19 años, ambos incluidos |       |      |      |         |      |      |         |      |      |
| Disposición para mejorar los conocimientos        | 100   | 26,7 | 13,5 | 40      | 22   | 10,3 | 60      | 31,1 | 17   |
| Ansiedad  | 58    | 15,5 | 7,8  | 24      | 13,2 | 6,2  | 34      | 16,6 | 9,6  |
| Conocimientos deficientes                         | 44    | 11,7 | 5,9  | 17      | 9,3  | 4,4  | 27      | 14   | 7,6  |
| Adultos: entre 20 y 64 años, ambos incluidos      |       |      |      |         |      |      |         |      |      |
| Disposición para mejorar los conocimientos        | 773   | 20,4 | 19,2 | 333     | 20,3 | 16,5 | 440     | 20,6 | 22,1 |
| Ansiedad  | 753   | 19,9 | 18,7 | 333     | 20,3 | 16,4 | 420     | 19,6 | 21,1 |
| Riesgo de infección                               | 463   | 12,2 | 11,6 | 207     | 12,6 | 10,2 | 256     | 12   | 12,9 |
| Ancianos: ≥ 65 años                               |       |      |      |         |      |      |         |      |      |
| Ansiedad  | 598   | 11,7 | 60,3 | 237     | 11,8 | 55,1 | 361     | 11,6 | 64,2 |
| Intolerancia a la actividad                       | 551   | 10,8 | 55,5 | 235     | 11,7 | 54,6 | 316     | 10,2 | 56,2 |
| Deterioro de la movilidad física                  | 535   | 10,5 | 53,9 | 236     | 11,8 | 54,9 | 299     | 9,6  | 53,2 |

\*Fo: Frecuencia observada; †%: porcentaje; ‡TI: Tasa de Incidencia

## Discusión

El promedio de etiquetas diagnósticas por episodio asistencial estuvo muy por debajo de las encontradas en otros estudios, en los cuales dicho promedio osciló entre 8,7 y 4,2 diagnósticos por paciente<sup>(5-7)</sup>. Las siguientes causas podrían justificar el bajo promedio de etiquetas diagnósticas identificadas por episodio asistencial: la presión por incorporar en la praxis la utilización de un registro de diagnósticos de enfermería acompañado de la falta de formación; la excesiva carga de trabajo; un escaso desarrollo del rol independiente; la escasa capacidad de los diagnósticos NANDA-I de adecuarse a realidades asistenciales distintas; su complejidad en la estructura que dificulta el manejo; y el uso de un lenguaje poco comprensible.

Del análisis de la etiqueta diagnóstica principal se desprende que la más frecuente fue la de ansiedad; ésta también apareció entre las tres primeras en todos los grupos de edad.

La etiqueta ansiedad, se refiere a una situación en la cual la persona experimenta una sensación vaga e intranquilizadora de malestar o una amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona). Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza<sup>(8)</sup>.

Se aconseja usar esta etiqueta cuando la persona sufre una ansiedad severa, la que corresponde al tercer nivel de los cuatro que clásicamente han sido descritos: leve, moderada, severa y pánico<sup>(9)</sup>.

En el total de episodios asistenciales, el diagnóstico de ansiedad fue identificado en 1.488 de ellos, el 15% de los casos. Los porcentajes fueron muy similares entre hombres y mujeres, el 15,1% en los primeros y el 14,9% en las segundas. Sin embargo, observando las tasas de incidencia se puede comprobar que las diferencias son muy significativas: 19,2 en hombres y 26,2 en mujeres; estos datos concuerdan con otros estudios, como el realizado con una muestra de niños en edad preescolar<sup>(10)</sup>, o el caso de estudiantes universitarios en Colombia<sup>(11)</sup> o el estudio multicéntrico sobre envejecimiento saludable y discapacidad intelectual llevado a cabo en Holanda<sup>(12)</sup>; en estos estudios se señala que los trastornos de ansiedad se presentan con mayor frecuencia en las mujeres.

Impresiona la enorme diferencia del hallazgo de esta etiqueta en los centros asistenciales del municipio de La Línea de la Concepción. Mientras que en los centros de salud se diagnosticó en 2,8% de los usuarios, en el hospital se diagnosticó en 97,2%. Por tanto, es de suponer que: a) el medio hospitalario genera en el usuario más sentimientos de aprensión o de vaga amenaza, relacionados con la anticipación de un peligro desconocido, de lo que sucede en los centros de salud; b) los usuarios con un alto nivel de ansiedad acuden más a urgencias hospitalarias, se hospitalizan más y tienen mayor mortalidad<sup>(13)</sup>; c) la mayoría de las veces son síntomas muy inespecíficos, que reflejan insatisfacciones o frustraciones, los que pueden ser enmascarados somáticamente, resultando en un diagnóstico más complejo en la atención primaria<sup>(14)</sup> y d) las enfermeras que trabajan en hospitales elaboran diagnósticos de enfermería con mayor facilidad que las que trabajan en centros de salud, aunque no se encontraron referencias que aludieran a esta última hipótesis.

Respecto a las diferencias en el uso de la etiqueta de ansiedad en los centros sanitarios, nuestros resultados concuerdan con los hallados en otros estudios, en los cuales la identificación de esta etiqueta fue mucho más frecuente en la atención hospitalaria que en la atención primaria de salud. Por ejemplo, en los siguientes estudios: 1) el realizado en una clínica pediátrica, donde el 88,5% de los niños presentaron el diagnóstico de enfermería de ansiedad<sup>(15)</sup>; 2) el efectuado en el hospital Reina Sofía de Córdoba (España), en el cual de un total de 35.094 usuarios, el 17,5% fueron diagnosticados con ansiedad<sup>(16)</sup>; y 3) el llevado a cabo en las áreas de atención primaria de salud de Tenerife y La Palma (España), en el cual en una muestra de 117.228 fichas médicas de salud informatizadas, solamente el 3,6% fueron identificadas con esta etiqueta<sup>(17)</sup>.

La etiqueta "Disposición para mejorar los conocimientos" aparece en segundo lugar en el total de

episodios asistenciales y en primer lugar en los grupos de edad de adolescentes y adultos. Sin embargo, si observamos la Tabla 5, encontramos que la incidencia de esta etiqueta es mucho mayor en los adultos que en los adolescentes, y también, mucho más alta en mujeres que en hombres; así, teniendo en cuenta las características definitorias de dicha etiqueta aportadas por la NANDA-I, podemos suponer que las mujeres de este grupo de edad expresan más interés por el aprendizaje, hacen referencia a conocimientos y experiencias previas sobre un determinado tema y sus conductas son congruentes con los conocimientos que poseen, en mayor medida que los hombres.

En un trabajo sobre sistematización de una experiencia en cuidado con adolescentes<sup>(18)</sup>, sus autores, identificaron en primer lugar, en este grupo de edad, la etiqueta disposición para mejorar los conocimientos; en otro estudio sobre diagnósticos de enfermería y de colaboración, en usuarios durante el perioperatorio<sup>(19)</sup>, realizado en la provincia de Lampung (Indonesia), también esta etiqueta, fue identificada en primer lugar y en otro llevado a cabo en Minas Gerais (Brasil), sobre diagnósticos e intervenciones de enfermería en individuos hipertensos y diabéticos según la teoría de Orem<sup>(20)</sup>, fue identificada en tercer lugar.

La etiqueta "Riesgo de infección" aparece como la tercera identificada en el total de episodios asistenciales y entre las tres primeras en tres grupos de edad (lactantes, niños y adultos). Esta etiqueta denomina una situación en la cual la persona tiene el riesgo de ser invadida por organismos patógenos<sup>(21)</sup>. Se aconseja usar esta etiqueta únicamente cuando la conducta de la persona o del cuidador favorezca la aparición o persistencia de los factores de riesgo, o cuando existan factores externos que pueden ser eliminados, reducidos o sus efectos modificados. Los factores o situaciones de riesgo más frecuentes - sobre los que los profesionales de enfermería pueden actuar de forma independiente - son los debidos a conocimientos deficientes de la persona o del cuidador sobre cómo evitar la exposición a los agentes patógenos, vacunación inadecuada; y dependiendo del grado y causa, debido al aumento de la exposición ambiental a patógenos o malnutrición.

Al igual que en la etiqueta de ansiedad, llama la atención que, de los 1.127 episodios asistenciales diagnosticados de riesgo de infección, el 31,8% se diagnosticaran en los centros de salud y el 68,2% en el hospital. Algunos autores, coincidiendo con nuestro estudio, relacionan como causas identificadas de la etiqueta riesgo de infección los procedimientos invasivos, la enfermedad crónica y la disminución de la tasa de hemoglobina; ese fue el caso del estudio realizado en el periodo del postoperatorio en usuarios ingresados en

unidades quirúrgicas, en un Hospital Universitario de la ciudad de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, en el cual sus autores concluyeron que los procedimientos invasivos, la rotura de la piel y la disminución de la hemoglobina, fueron los factores asociados con el riesgo infección<sup>(22)</sup>; otro caso es la investigación llevado a cabo con todos los usuarios ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos en un hospital ubicado en la ciudad Fortaleza, Ceará, Brasil, en el cual además de las causas identificadas en el estudio anterior, también encontraron la enfermedad crónica, la destrucción tisular y el aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos<sup>(23)</sup>. Es de suponer que la realización de un mayor número de estos procedimientos y la mayor presencia de estos factores en los hospitales justifiquen la diferencia de porcentajes, tan notorios, hallados entre los centros asistenciales. De ser así, hubiese sido recomendable plantear un problema interdisciplinario en lugar de un diagnóstico de enfermería, ya que se desaconseja utilizar esta etiqueta diagnóstica cuando los factores o situaciones de riesgo están relacionados con: enfermedad crónica (diabetes, obesidad); defensas primarias inadecuadas; alteración del peristaltismo; solución de continuidad de la piel; cambios en el pH de las secreciones; disminución de la acción ciliar; ruptura prematura o prolongada de las membranas amnióticas; tabaquismo; traumatismo (o destrucción tisular); defensas secundarias inadecuadas (disminución de la hemoglobina, inmunosupresión, leucopenia, supresión de la respuesta inflamatoria) y procedimientos invasivos (cateterismos, cirugía). Entre las imprecisiones en el proceso diagnóstico de enfermería, se destacan etiquetar como tales, los problemas de salud que no pueden ser resueltos de forma autónoma por el profesional de enfermería o cuya solución dependen del tratamiento prescrito por otro profesional.

La etiqueta riesgo de infección estuvo muy presente en otras investigaciones sobre diagnósticos enfermeros en la práctica asistencial, como la llevada a cabo en Brasil sobre construcción y validación de un instrumento de sistematización de la atención de enfermería en cuidados intensivos<sup>(24)</sup>, en la cual el 100% de los usuarios estudiados presentaron esta etiqueta, o el estudio llevado a cabo en unidades médicas de un hospital de Soria (España), en el cual la etiqueta riesgo de infección fue la de mayor prevalencia<sup>(25)</sup>.

### Limitaciones

Como limitaciones de la presente investigación habría que destacar que en los estudios ecológicos de tipo exploratorio, como éste, hay que tener en cuenta

la llamada falacia ecológica. Paralelamente, al ser éste un estudio de un año y no una serie, no se pueden estimar las tendencias temporales de las características sociodemográficas y los patrones de ingresos hospitalarios o de consultas en centros de salud. Se pretendió realizar una foto fija, con un corte transversal como metodología de trabajo, para obtener una visión general que sirviera de punto de partida para estudios futuros. Este es un estudio de corte transversal por lo que no se dispone de resultados a cerca de la estabilidad, la sensibilidad al cambio y la validez predictiva, lo que hubiera requerido un enfoque longitudinal.

Podría considerarse que otra limitación del estudio sería no tener en cuenta los reingresos hospitalarios o las consultas repetidas en centros de salud. Por ello, ha sido útil tener claro el indicador episodio asistencial. Como lo que se notifica son "episodios", no se puede conocer el número de veces que una persona es atendida en los centros asistenciales.

Otra posible limitación de los resultados presentados estaría relacionada con la calidad de las bases de datos de donde se obtuvieron las particularidades de los episodios asistenciales. Esta calidad depende de la fiabilidad de los datos personales, de la adecuada clasificación y codificación de los diagnósticos de NANDA y del número de usuarios a los que se les aplica la metodología de la enfermería, lo que depende del imperativo institucional centrado en el cumplimiento de normas.

### Contribución al avance de la Enfermería

Este estudio pretende contribuir al avance del curso de enfermería, permitiendo el desarrollo profesional en los siguientes aspectos: planificación de los cuidados de enfermería para una población concreta, a partir de la detección de sus necesidades de cuidado; implantación y mejora del trabajo con los diagnósticos de enfermería más prevalentes; planificación de los contenidos esenciales de la formación en pregrado y postgrado en los diferentes escenarios del cuidado de enfermería; y priorizar la elaboración de protocolos y planes de cuidado estandarizados.

### Conclusiones

Todos los grupos etarios mostraron una mayor prevalencia de episodios asistenciales en mujeres. La mayor morbilidad de las mujeres y su mayor esperanza de vida son temas que siguen generando innumerables investigaciones, las que frecuentemente no proporcionan resultados concluyentes.

Esta investigación permitió detectar, a través de la NANDA-I, las respuestas a los problemas de salud de

mayor incidencia en los usuarios atendidos en el Área de Gestión Sanitaria del municipio de La Línea de la Concepción, los que fueron ansiedad, disposición para mejorar los conocimientos y riesgo de infección.

Dada la alta prevalencia de la etiqueta diagnóstica de Ansiedad, en todos los grupos de edad, es necesario explorar en futuros estudios las causas y manifestaciones clínicas relacionadas con esta etiqueta.

Ante la prevalencia del diagnóstico de Riesgo de infección, podemos concluir que las actividades de prevención deben ser un elemento fundamental entre los profesionales de enfermería, siendo necesaria la adecuación de los recursos para esta finalidad.

## Referencias

1. Paans W, Sermeus W, Nieweg RM, Krijnen WP, van der Schans CP. Do knowledge, knowledge sources and reasoning skills affect the accuracy of nursing diagnoses? a randomised study. *BMC Nurs.* 2012; 11:11. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6955-11-11>
2. Rodríguez-Acelas A, Cañón-Montañez W. Methodological roads: development and validation of nursing diagnoses. *Rev Cuid.* 2015; 6(1): 879-81. doi: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i1.248>
3. Manterola C, Otzen T. Observational Studies. The Most Commonly Used Designs in Clinical Research. *Int. J. Morphol.* 2014; 32(2): 634-45. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022014000200042>
4. Martínez N. Nursing in the universal health coverage: new terms and old actions. *Rev Cubana Salud Pública [Internet].* 2015 [cited Oct 03, 2016];41(Suppl 1). Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662015000500008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000500008&lng=es).
5. Santos RB, Duran E, Carmona ECM, Melo LL, Beck ARM. Nursing diagnoses in patients with hospital infection. *J Nurs UFPE on line [Internet].* 2015 Sept [cited Oct 01, 2016]; 9 (Supl.8): 9359-65. Available from: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7461/pdf\\_8623](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7461/pdf_8623)
6. Ferreira AM, Rocha EN, Lopes CT, Bachion MM, Lopes JL, Barros LBL. Nursing diagnoses in intensive care: cross-mapping and NANDA-I taxonomy. *Rev Bras Enferm.* 2016; 69(2):307-15. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690214i>
7. Castellan C, Sluga S, Spina E, Sanson G. Nursing diagnoses, outcomes and interventions as measures of patient complexity and nursing care requirement in Intensive Care Unit. *J Adv Nurs.* 2016 Jun; 72 (6): 1273-86. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jan.12913>
8. Almonacid CI, Ramos AJ, Rodríguez-Borrego M. Level of anxiety versus self-care in the preoperative and postoperative periods of total laryngectomy patients. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [Internet].2016 [cited Oct 9, 2016];24:e2707. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692016000100338&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100338&lng=en). Epub June 14, 2016.
9. Somerville S, Dedman K, Hagan R, Oxnam E, Wettinger M, Byrne S, et al. The Perinatal Anxiety Screening Scale: development and preliminary validation. *Arch Womens Ment Health.* 2014 Oct; 17 (5): 443-54. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00737-014-0425-8>
10. Franz L, Angold A, Copeland W, Costello EJ, Towe-Goodman N, Egger H. Preschool Anxiety Disorders in Pediatric Primary Care: Prevalence and Comorbidity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2013 Dec; 52 (12): 1294-303.e1. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2013.09.008>
11. Vélez DMA, Garzón CPC, Ortíz DLS. Anxiety and depression characteristics in university students. *Int J Psychol Res.* 2008; 1(1): 34-9. doi: <http://dx.doi.org/10.21500/issn.2011-2084>
12. Hermans H, Beekman ATF, Evenhuis HM. Prevalence of depression and anxiety in older users of formal Dutch intellectual disability services. *J Affect Disord.* 2013 Jan 10; 144 (1-2): 94-100. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2012.06.011>
13. Torrents R, Ricart M, Ferreiro M, López A, Renedo L, Lleixà M et al. Anxiety. A review from Mishel's theory. *Index Enferm.* 2013;22(1-2):60-4. doi: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100013>.
14. Latorre JM, Navarro B, Parra M, Martín J, Mae C, Cano A. Assessment and intervention of Anxiety and Depression disorders in Primary Care: An unsolved problem. *Rev Clin Med Fam.* 2016; 5(1): 37-45. doi: <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2012000100007>
15. Gomes GLL, Nóbrega MML. Anxiety in children following hospitalization: a proposal for a nursing diagnosis. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [Internet]. 2015 Sept/Oct. [cited Oct 8, 2016]; 23(5):963-970. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692015000500963&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000500963&lng=en).
16. Medina MJ, Rodríguez MA, Giménez R. Description and Analysis of the application level of the computer program of care, Azahar, in the University Hospital Reina Sofia in Cordoba. *New Performance approach. Enfermería Global.* [Internet]. 2008 Jun [cited Feb 10, 2016];7(2):1-9. Available from: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/16071>
17. Brito PR, Rodríguez M, Toledo C. Problemas NANDA del dominio psicosocial más frecuentes en atención primaria. *ENE-revista de enfermería.* [Internet]. 2009 Apr [cited Mar 2, 2016];3(1):42-51. Available from: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/viewFile/156/139>

18. García A, Ibáñez LE. Systematization of a care experience with adolescents. *Ciencia y Cuidado*. [Internet]. 2015 Sept [cited Oct 08, 2016];10(2):65-75. Available from: <http://revistas.ufps.edu.co/ojs/index.php/cienciaycuidado/article/view/246/267>
19. Suarni L, Nurjannah I, Apriyani H. Nursing and collaborative diagnoses on perioperative patients with and without using six steps of diagnostic reasoning methods. *Int J Res Med Sci*. 2015;3 (Suppl 1):S97-103. doi: <http://dx.doi.org/10.18203/2320-6012.ijrms20151528>
20. Camara de Moura P, Muniz L, Santana C, Vilela N, Lopes MD, Assunção LV. Diagnoses and nursing interventions in hypertensive and diabetic individuals according to Orem's Theory. *Rev Rene*. 2014;15(6):1039-46. doi: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2014000600018>
21. Dias de Araújo D, Rodrigues de Carvalho RL, Machado TC. Diagnoses identified in the medical records of hospitalized elderly. *Invest Educ Enferm*. 2014; 32(2): 225-35. doi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25230033>
22. Botarelli FR, Queiroz QJR, Fernandes APNL, Araújo JNM, Ferreira-Júnior MA, Vitor AF. Nursing diagnosis risk of infection in patients in the postoperative period: a cross-sectional study. *Online braz j nurs* [Internet]. 2016 June [cited Oct 7, 2016];15(2):245-53. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5299>
23. Guimaraes RK, De Oliveira MV. Nursing diagnose in individuals admitted to the intensive therapy unit. *av.enferm*. [Internet]. 2013 July [cited Oct 7, 2016];31(2):74-82. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-45002013000200008&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002013000200008&lng=en).
24. Araújo DS, França AF, Mendonça JKS, Bettencourt ARC, Amaral TLM, Prado PR. Construction and validation of a systematization instrument for nursing in intensive care. *Rev Rene*. 2015; 16(4):461-9. doi: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2015000400002>
25. Buergo O. Analysis of the implantation of Plans of Cares, through GACELA, in the medical units of the Hospital Santa Barbara of Soria. *NURE Inv*. [Internet]. 2013 Sept/Oct [cited Oct 5, 2016];10(65): Available from: [http://web2014.fuden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE66\\_original\\_gacela.pdf](http://web2014.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE66_original_gacela.pdf)

Recibido: 16.6.2016

Aceptado: 17.4.2017

---

Correspondencia:  
Rafael González Rodríguez  
Universidad de Cádiz. Facultad de Enfermería  
Ctra. de Getares. C/ Venus, s/n  
CEP: 11207, Algeciras, Cádiz, Espanha  
E-mail: [rgonzalez.rodriguez@uca.es](mailto:rgonzalez.rodriguez@uca.es)

**Copyright © 2017 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.