

PERFIL DIAGNÓSTICO EN LOS INFORMES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO INFANTIL DE CANARIAS

DIAGNOSTIC PROFILE OF NURSING CARE REPORTS IN THE
MATERNAL AND CHILD UNIVERSITY HOSPITAL OF THE CANARY
ISLANDS.

Claudio Alberto Rodríguez-Suárez (1), María Naira Hernández-de Luis (2),
María Isabel Mariscal-Crespo (3)

(1) Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil

(2) Centro de Salud Doctoral. Gerencia de Atención Primaria de Área de Salud de Gran
Canaria. Servicio Canario de Salud

(3) Departamento de Enfermería. Universidad de Huelva, España

Rodríguez-Suárez, C., Hernández-y de Luis, M., & Mariscal-Crespo, M. (2020).
**PERFIL DIAGNÓSTICO EN LOS INFORMES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL
UNIVERSITARIO MATERNO INFANTIL DE CANARIAS.** *Revista Ene De Enfermería*, 14(1).
Consultado de <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/841>

RECIBIDO: Octubre 2018
ACEPTADO: Mayo 2019
PREDICIÓN: Enero 2020
PUBLICADO: ABRIL 2020

Resumen

Introducción: el Informe de Cuidados de Enfermería permite a los enfermeros dejar constancia de su actividad. **Objetivos:** enumerar las etiquetas diagnósticas, analizar tipología, determinar prevalencia. **Métodos:** estudio observacional, descriptivo, retrospectivo mediante distribución de frecuencias. **Resultados:** al ingreso n=1985 (59.24%) diagnósticos, resueltos durante la estancia n=210 (6.27%) y al alta n=1156 (34.25%). Destacaron los Dominios: Seguridad-Protección, Actividad-Reposo, Confort y Eliminación-Intercambio. **Diagnósticos prevalentes:** Riesgo de infección, Riesgo de sangrado, Trastorno del patrón del sueño, Riesgo de estreñimiento y Dolor agudo. **Problemas de colaboración prevalentes:** Hipertermia, Hipoxia, Dolor y Fiebre. **Conclusiones:** existe predilección por diagnósticos de la esfera biológica, principalmente relacionados con signos y síntomas fisiopatológicos. Desde un punto de vista pragmático, si aceptamos una práctica asistencial bifocal, podrían corresponder con problemas de colaboración; desde una perspectiva transdisciplinar conjunta y coordinada, cada profesional desarrolla sus competencias disciplinares sin distinguir entre problemas de médicos y de enfermeras.

Palabras clave:

Diagnóstico de Enfermería, Resumen del Alta del Paciente, Clasificación, Auditoría de Enfermería, Grupo de atención al paciente.

Abstract: Introduction: Nursing Care Report allows nurses recording their care activity. Aims: enumerating Nursing Diagnosis labels, analyzing the typology, determining the prevalence. Methods: observational, descriptive, retrospective study. Findings: n=1985 (59.24%) Nursing Diagnosis at hospital admission; n=210 (6.27%) ones solved in the stay; and n=1156 (34.25%) ones at patient's discharge. Domains stood out: Safety-Protection, Activity-Rest, Comfort and Elimination-Exchange. Prevalent Nursing Diagnosis: Risk for infection, Risk for bleeding, Disturbed sleep pattern, Risk of constipation and Acute pain. Prevalent collaborative problems: Hyperthermia, Hypoxia, Pain and Fever. Conclusions: Nurses have predilection for biological sphere Nursing Diagnosis, mainly related to pathophysiological signs and symptoms. Since a pragmatic point of view, if we accept a care bifocal perspective practice, they agree with collaboration problems; from transdisciplinary perspective, with a joint and coordinated practice, professionals must develop their own disciplinary skills, without

discriminating medical problems and nurses problems.

Keywords: Nursing Diagnosis, Patient Discharge Summaries, Classification, Nursing Audit, Patient Care Team.

INTRODUCCIÓN

En España, el Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, aprueba el conjunto mínimo de datos (CMD) de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, en cuyo Anexo VII se describe el Informe de Cuidados de Enfermería (ICE), enmarcado dentro del proceso de continuidad de los cuidados entre ámbitos asistenciales. El ICE se plantea como un documento único cuya finalidad última es dejar constancia por escrito de la necesidad de cuidados así como garantizar la continuidad de los mismos.

Este documento está estructurado en tres apartados: datos administrativos, datos del paciente y datos del proceso asistencial (1). Entre los datos del proceso asistencial, se menciona que los problemas de salud o Diagnósticos Enfermeros (DdE) deberán ser etiquetados con taxonomía enfermera específica, en concreto usando la clasificación NANDA-International (NANDA-I).

En el caso de Canarias, la conformación final del ICE se determinó a partir de dos antecedentes: el Decreto 178/2005, de 26 de julio donde se reconocía la elaboración de un Informe de Alta de Enfermería y el Informe de Continuidad de Cuidados de Enfermería

(ICCE), desarrollado por la Dirección General de Programas Asistenciales (DGPPAA) de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias como estrategia de atención a la población con necesidades de cuidados domiciliarios principalmente, y enmarcado en el protocolo del servicio de continuidad de cuidados entre ámbitos asistenciales. De esta manera se constituyeron dos modelos de informe, el ICE especial para población con criterios de fragilidad sociosanitaria, y el ICE estándar para población sin criterios de fragilidad sociosanitaria; en ambos casos se ha consensuado tres apartados para registrar e identificar los DdE en diferentes momentos de la hospitalización: Diagnósticos Activos al ingreso, Diagnósticos Resueltos durante la estancia hospitalaria y Diagnósticos Activos al alta.

El Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI) está conformado por dos Hospitales, el Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, que atiende a población adulta, y el Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias (HUMIC), hospital monográfico para Pediatría y Tocoginecología. El presente estudio analiza los ICE validados en el HUMIC.

Actualmente, la aplicación del proceso enfermero está vinculada al uso de sistemas clasificatorios que favorezcan la normalización terminológica; en este sentido, el uso universal de lenguajes estandarizados implica determinados grados de dificultad (2); ya sea por problemas de lenguaje, competencias profesionales o interpretaciones socioculturales (3). Entre estos sistemas, NANDA-I es la clasificación diagnóstica con mayor repercusión nacional e internacional, con mayor número de evidencias en cuanto a su utilización y aplicabilidad, y con mayor desarrollo desde la investigación y validación de sus categorías para la comparación de resultados (4); define el DdE como “un juicio clínico sobre las experiencias/respuestas de una persona, familia, grupo o comunidad frente a problemas o procesos vitales reales o potenciales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de intervenciones destinadas a conseguir los resultados de los que la enfermera es responsable” (5). La estructura clasificatoria de NANDA-I se basa en la agrupación de etiquetas diagnósticas con sus correspondientes contenidos: Factores Relacionados (FR), Factores de Riesgo (Fr) y Características Definitorias (CD); distribuidos en trece Dominios (D): D1-Promoción de la Salud, D2-Nutrición, D3-Eliminación e Intercambio, D4-Activi-

dad y Reposo, D5-Percepción y Cognición, D6-Autopercepción, D7-Rol y Relaciones, D8-Sexualidad, D9-Afrontamiento y Tolerancia al estrés, D10-Principios vitales, D11-Seguridad y Protección, D12-Confort, D13-Crecimiento y Desarrollo.

No obstante, las enfermeras trabajan en el contexto de equipos multidisciplinares aportando una perspectiva holística de las personas (6-7) en continua interacción con un entorno en el que experimentan experiencias de salud (8); son profesionales que deben valorar los aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales del cuidado de las personas. No obstante, en la actualidad del contexto hospitalario, la atención sanitaria está muy vinculada a la enfermedad, predominando la identificación, seguimiento y abordaje a los aspectos biomédicos, dejando en segundo plano otras esferas de la salud de las personas. Por ello, se mantiene extendido el uso de modelos bifocales en los que, por un lado, se identifican problemas de autonomía y por otro lado problemas de interdependencia y de dependencia (9), los denominados Problemas de Colaboración (PC). Para estos últimos, las enfermeras realizan intervenciones y cuidados que contribuyen al seguimiento y control de signos y síntomas de las pato-

logías de los pacientes. El registro de estos PC se realiza usando terminología médica.

En el ICE no se ha estipulado un espacio concreto para registrar estos PC, no obstante, para la adecuada comunicación entre niveles asistenciales, en el HUMIC se ha consensado registrarlos junto con los DdE. La distinción entre un DdE y un PC se determina por el código taxonómico que precede a la etiqueta diagnóstica de NANDA-I, frente al concepto que describe al PC, sin codificación numérica.

Con todo ello, nos hemos planteado los siguientes objetivos:

1. Enumerar las etiquetas diagnósticas enfermeras registradas en tres momentos de la hospitalización del paciente (al ingreso, resueltos y al alta).
2. Analizar la tipología diagnóstica atendiendo a la variabilidad de registros.
3. Determinar las etiquetas diagnósticas prevalentes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo longitudinal retrospectivo, mediante el análisis de todos los ICE validados en el HUMIC en el período comprendido entre

el 1 de enero y el 31 de julio del año 2015. Se incluyeron todas las Historias Clínicas (HC) de pacientes con al menos un ICE validado durante el período de análisis. La selección de la muestra se realizó mediante sistema informático que garantizó la aleatorización de los casos estudiados. El tamaño de la muestra fue determinado con un nivel de confianza del 95% y con intervalo de error del 5%. En la población fue posible distinguir entre los dos modelos de ICE, estimándose muestra representativa por separado; para las HC con ICE especial validado, el tamaño muestral fue de $n=16$ HC, la totalidad de la población; para las HC con ICE estándar validado, la población fue $n=5604$ HC, estableciéndose tamaño muestral $n=385$ HC. El Servicio de Neonatología fue excluido por no haber implantado el ICE en el período de investigación. Se realizó análisis estadístico mediante distribución de frecuencias con el software R-Commander, versión 3.3-2. Se consultaron las bases de datos: Web of Science, ProQUEST, SCOPUS, PubMed, OVID, Biblioteca Virtual de la Salud (IBECS, LILACS, BDNF), CINAHL y CUIDEN; usando, sin límite temporal, los descriptores (DeCS): Diagnóstico de Enfermería, Resumen del Alta del Paciente, Clasificación, Auditoría de Enfermería, Grupo de atención al paciente. Todo ello, tras la aprobación de la solicitud realiza-

da al comité de ética e investigación del CHUIMI para acceder a las HC de los pacientes seleccionados, garantizando en todo momento la confidencialidad y el anonimato de la información aportada, de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y teniendo presentes los aspectos éticos básicos en los que se basa cualquier investigación de tipo sanitario.

RESULTADOS

El número total de pacientes con alta hospitalaria en el período de análisis fue de n=5620 pacientes, se validaron n=5385 ICE estándar y n=16 ICE especial, conformando un total de n=5401 ICE. Para los ICE especial se analizó la totalidad de la población. Para alcanzar el nivel de confianza en el ICE estándar fueron revisados n=385 HC, dado que en algunas HC se encontró más de un ICE validado, la totalidad de ICE analizados fue de n=430 ICE. El total de registros, incluyendo NANDA-I y PC, fue n=3351, de los cuales, al ingreso se identificaron n=1985 (59.24%) registros, durante la estancia n=210 (6.27%) registros y al alta n=1156 (34.25%) registros.

Al distinguir los DdE NANDA-I de los PC se obtuvo que, en relación a los NANDA-I, se registraron n=3241 DdE, de

los cuales al ingreso fueron n=1897 (95.57%), resueltos durante la estancia n=200 (95.24%) DdE y activos al alta n=1144 (98.96%) DdE. Se realizó agrupación por Dominios NANDA-I e identificación del número de etiquetas, para exponer la variabilidad diagnóstica; en el D-1 n=4 (4.76%) DdE, en el D-2 n=11 (13.1%) DdE, en el D-3 n=11 (13.1%) DdE, en el D-4 n=13 (15.48%) DdE, en el D-5 n=3 (3.57%) DdE y en el D-6 n=2 (2.38%) DdE; por su parte, en el D-7 n=4 (4.76%) DdE, en el D-8 n=2 (2.38%) DdE, en el D-9 n=6 (7.14%) DdE, en el D-10 n=1 (1.19%) DdE, en el D-11 n=21 (25%) DdE, en el D-12 n=4 (4.76%) DdE y en el D-13 n=2 (2.38%) DdE.

Con todo ello, en la distribución de frecuencias de los DdE, tras agruparlos por Dominios NANDA-I, destacaron en primer lugar el D-11 (Seguridad/Protección) n=1175, seguido del D-4 (Actividad/Reposo) n=447, el D-12 (Confort) n=370 y D-3 (Eliminación/Intercambio) n=367, tal y como se expone en la [Tabla 1](#). Los DdE NANDA-I prevalentes correspondieron con Riesgo de infección n=439, Riesgo de sangrado n=332, Trastorno del patrón del sueño n=202, Riesgo de estreñimiento n=188 y Dolor agudo n=179, tal como se expone en la [Tabla 2](#).

En lo que se refiere a los PC, según expone la [Tabla 3](#), el número de re-

gistros realizados fue de n=109 PC, al ingreso n=87 PC, resueltos durante la estancia n=10 PC y activos al alta n=12 PC. Todos estos PC responden a signos y síntomas que indican alteración de la esfera biológica o fisiopatológica del paciente, siendo los prevalentes la Hipertermia, el Dolor, la Hipoxia, la Fiebre y el Sangrado.

DISCUSIÓN

La actitud con respecto al DdE es divergente entre las enfermeras (10-11), existiendo controversias cuando se disponen a etiquetar los problemas de salud de los pacientes, estas situaciones requieren, al menos, reflexiones metodológicas en el establecimiento y desarrollo de los planes de cuidados (12). Todo ello pone de manifiesto imprecisiones en el proceso diagnóstico enfermero, teniendo en cuenta que para etiquetar problemas de salud, en ocasiones se utiliza terminología NANDA-I frente a otras en las que se recurre a lenguajes médicos (13). Para la cumplimentación del ICE, el Real Decreto 1093/2010 establece que debe utilizarse taxonomía NANDA-I; en este sentido, en las dos últimas décadas ha surgido un número creciente de publicaciones que centran su foco principalmente en NANDA-I (14). Esta situación puede constituir, en algunos contextos, una

imposición conceptual (15), sobre todo si se tiene en cuenta que la American Nurses Association reconoce otros sistemas de clasificación (16). En este sentido, aunque NANDA-I ha sido creada para un uso global, la aplicabilidad cultural y la relevancia de sus diagnósticos no coincide con conceptos tradicionales sobre salud y bienestar en sociedades etnológicamente distantes (17).

Estudios previos (4,18-25) muestran el uso de DdE en los planes de cuidados y en los informes de Enfermería; algunos centraron su análisis en aspectos psicosociales (4,25-26) obteniendo resultados que presentan baja correlación con los alcanzados en este análisis; por el contrario, otros estudios (20-24) destacaron, en consonancia con nuestros resultados, una tipología mayoritaria de la esfera biológica o con enfoque centrado en el cuidado fisiológico, con priorización de la labor enfermera consistente en vigilar signos y síntomas de ésta índole, situaciones que corresponden en gran medida con el Dominio de Seguridad/Protección de NANDA-I. De esta manera se pierde la perspectiva holística que debe caracterizar al profesional enfermero, reforzando la condición de ayudantes adheridos al modelo del grupo dominante, donde se perpetúa una situación de dependencia profesional (17). Como posibles limitaciones del estudio

destacamos que solo se ha tenido en cuenta el análisis de las etiquetas diagnósticas, obviándose los FR, Fr y las CD de la clasificación, lo que puede dar lugar a un sesgo interpretativo del juicio clínico que mantiene altos niveles de abstracción de los problemas registrados. En estudios posteriores se recomienda realizar estudios donde se tenga en cuenta el análisis conjunto de sus FR, Fr y CD para favorecer la precisión diagnóstica.

res que le distinguen de otros miembros del equipo.

CONCLUSIONES

Según los resultados, los profesionales de Enfermería muestran, aparentemente, predilección por los diagnósticos de la esfera biológica, principalmente los relacionados con la vigilancia de signos y síntomas fisiopatológicos. Desde un punto de vista pragmático, si aceptamos una práctica asistencial basada en el modelo bifocal, estos DdE podrían corresponder con PC; pero desde una perspectiva transdisciplinar que sitúa a las personas en el centro de atención, posiblemente no sea necesario distinguir entre problemas de médicos y problemas de enfermeras, sino en problemas de salud que precisan una atención conjunta y coordinada, donde cada profesional desarrolla unas competencias disciplina-

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez-Suárez, C. A., & Hernández-y De Luis, M. N. (2014). Aproximación al Conjunto Mínimo de Datos: desde el Informe de Continuidad de Cuidados al Informe de Cuidados de Enfermería. *ENE, Revista de Enfermería*. Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/460/ICCE>
2. Santos Ruiz, S. (2014). Factores determinantes del uso de modelos teóricos en la práctica enfermera. *Jaume I de Castellón*. Disponible en: http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/396625/2014_Tesis_Santos_Ruiz_Susana.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. Granollers Sardá, R., Montanuy Baró, T., Estany Almirall, P., Roca Bitria, B., & Ortega Jiménez, B. (2006). ¿Utilizan las enfermeras el método científico? *Revista Rol de Enfermería*, 29(7-8), 29-32. Disponible en: <https://medes.com/publication/32890>
4. Ugalde Apalategui, M. Lluch Canut, M. T. (2011). Estudio multicéntrico del uso y utilidad de las Taxonomías Enfermeras en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica, p. 98. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2445/19207>
5. Herdman, T. H. (2012). Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012-2014. Elsevier. Barcelona.
6. Murphy, F., & Byrne, G. (2010). The role of the nurse in the management of acute kidney injury. *British Journal of Nursing*, 19(3), 146-152. Disponible en: <https://doi.org/10.12968/bjon.2010.19.3.46534>
7. Potter, P. J., & Frisch, N. (2007). Holistic assessment and care: presence in the process. Elsevier, 42(2), 213-228. Disponible en: <https://doi.org/doi.org/10.1016/j.cnur.2007.03.005>
8. Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1996). El pensamiento enfermero (4a ed.) Masson. Barcelona.
9. Carpenito L.J. (2002). Diagnóstico de enfermería: aplicaciones a la práctica clínica (9ª ed.). McGraw Hill-Interamericana. Madrid.
10. Romero-Sánchez, J. M., Paloma-Castro, O., Paramio-Cuevas, J. C., Pastor-Montero, S. M., O'Ferrall-González, C., Gabaldón-Bravo, E. M., ... Martínez-Sabater, A. (2013). Desarrollo y evaluación psicométrica de una forma abreviada de la escala de posicionamiento ante el diagnóstico enfermero. *Rev Esc Enferm USP*, 47(3), 591-9. Disponible en: www.ee.usp.br/reeusp/
11. Romero-Sánchez, J. M., Paramio-Cuevas, J. C., Paloma-Castro, O., Pastor-Montero, S. M., O'Ferrall-González, C., Gabaldón-Bravo, E. M., ... Frandsen, A. J. (2013). The Spanish version of the Position on Nursing Diagnosis scale: cross-cultural adaptation and psychometric assessment. *Journal of Advanced Nursing*, 69(12), 2759-2771. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jan.12128>
12. Alconero-Camarero, A. R., Ibañez Rementería, M. I., & Gil Urquiza, M. T. (2015). Reflexiones metodológicas aplicadas al caso clínico de la gestante intervenida de cesárea con preeclampsia. *Enfermería Clínica*, 25(5), 287-288. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.02.003>
13. Giménez Maroto, A. M., & Serrano Gallardo, P. (2008). Imprecisiones del proceso diagnóstico enfermero. *Metas de Enfermería*, 11(10), 57-62. Disponible en: <http://www.ics-aragon.com/cursos/iacs/102/lectura-actividad-2-1.pdf>
14. Tastan, S., Linch, G. C. F., Keenan, G. M., Stifter, J., McKinney, D., Fahey, L., ... Wilkie, D. J. (2014). Evidence for the existing American Nurses Association-recognized standardized nursing terminologies: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(8), 1160-1170. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.12.004>
15. Cachón Pérez, J. M., Álvarez-López, C., & Palacios-Ceña, D. (2012). El significado del lenguaje estandarizado NANDA-NIC-NOC en las enfermeras de cuidados intensivos madrileñas: abordaje fenomenológico. *Enfermería Intensiva*, 23(2), 68-76. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2011.12.001>
16. Juvé i Udina, M. E. (2012). Evaluación de la validez de una terminología enfermera de interfase. *Universitat de Barcelona*. Disponible en: <http://www.tdx.cat/handle/10803/108998>
17. Lai, W.-S., Chao, C.-S. C., Yang, W.-P., Liu, H.-C., & Chen, C.-H. (2013). "Does One Size Fit All?" Exploring the Cultural Applicability of NANDA Nursing Diagnoses to Chinese Nursing Practice. *Journal of Transcultural Nursing*, 24(1), 43-50. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1043659612462403>
18. Brito Brito, P. R. (2009). Diagnósticos enfermeros priorizados en atención primaria. *Enfermería Global*. Servicio de Publicaciones, Universidad de Murcia. Disponible en: http://scielo.es/ciis/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
19. Cirera Segura, F., Ruiz Montes, M., Rosales Sánchez, V., & Martín Espejo, J. L. (2012). Estandarización de cuidados del síndrome metabólico en diálisis peritoneal. *Enfermería Nefrológica*, 15(2), 129-137. Disponible en: <https://doi.org/10.4321/S2254-28842012000200008>
20. Ferreira, A. M., Rocha, E. do N. da, Lopes, C. T., Bachion, M. M., Lopes, J. de L., & Barros, A. L. B. L. de. (2016). Diagnósticos de enfer-

magem em terapia intensiva: mapeamento cruzado e Taxonomia da NANDA-I. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(2), 307–315. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690214i>

21. Muñoz-Domingo, E., Montilla-Pérez, M., Muñoz-Lomas, F., & Jiménez Vaquero, C. (2013). Síndrome de Prader-Willi. A propósito de un caso. *Enfermería Clínica*, 23(6), 290–297. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.09.007>

22. Pastor Rodríguez, J. D., Pastor Bravo, M. del M., López García, V., Cotes Teruel, M. I., Mellado, J. E., & Cárceles, J. J. (2010). Recién nacido prematuro: a propósito de un caso. *Enfermería Clínica*, 20(4), 255–259. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2010.04.001>

23. Rodríguez Bestilleiro, A. M., & Ángeles Ferrer Pardavila, M. (2002). Prevalencia de diagnósticos enfermeros de la NANDA y necesidades alteradas de Henderson en una unidad de lactantes. *Enfermería Clínica*, 12(6), 255–261. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(02\)73762-5](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(02)73762-5)

24. Sabbagh-Sequera, M., Loidi-García, J. M., & Romero-Vázquez, G. M. (2015). Plan de cuidados a paciente intervenida de cesárea con preeclampsia. *Enfermería Clínica*, 25(1), 33–39. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2014.10.006>

25. Thomé, E. da S., Centena, R. C., Behenck, A. da S., Marini, M., & Heldt, E. (2014). Applicability of the NANDA-I and Nursing Interventions Classification taxonomies to mental health nursing practice. *International Journal of Nursing Knowledge*, 25(3), 168–72. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12033>

26. Brito-Brito, P. R., Rodríguez-Álvarez, M., & Rosell-Toledo, C. (2009). Problemas NANDA del dominio psicosocial más frecuentes en atención primaria. *ENE, Revista de Enfermería*, 3(1), 42–51. Disponible en: <https://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/156>

ANEXOS Y TABLAS**Tabla1. Distribución de frecuencias de los Diagnósticos de Enfermería según Dominios en los tres momentos de hospitalización.**

Dominios	Ingreso		Resueltos		Alta		Total
	n	%	n	%	n	%	
1 Promoción de la salud	47	2,4	18	0,9	45	2,3	110
2 Nutrición	65	3,3	17	0,9	29	1,5	111
3 Eliminación/intercambio	219	11,0	16	0,8	132	6,6	367
4 Actividad/Reposo	259	13,0	33	1,7	155	7,8	447
5 Percepción/Cognición	28	1,4	2	0,1	103	5,2	133
6 Autopercepción	45	2,3			9	0,5	54
7 Rol/Relaciones	98	4,9			174	8,8	272
8 Sexualidad	36	1,8	2	0,1	113	5,7	151
9 Afrontamiento/Tolerancia al estrés	32	1,6	4	0,2	8	0,4	44
10 Principios vitales					1	0,1	1
11 Seguridad/Protección	774	39,0	81	4,1	320	16,1	1175
12 Confort	287	14,5	27	1,4	56	2,8	370
13 Crecimiento/Desarrollo	7	0,4					7

Tabla 2. Diagnósticos de Enfermería prevalentes ordenados de mayor a menor en los tres momentos de la hospitalización e identificando el Dominio NANDA-I.

Dominio	Etiqueta NANDA-I	Ingreso	Resueltos	Alta	Total
11	00004 Riesgo de infección	254	33	152	439
11	00206 Riesgo de sangrado	227	2	103	332
4	00198 Trastorno del patrón del sueño	112	10	80	202
3	00015 Riesgo de estreñimiento	106		82	188
12	00132 Dolor agudo	169	4	6	179
7	00164 Disposición para mejorar el rol parental	77		75	152
12	00214 Disconfort	108	14	25	147
8	00208 Disposición para mejorar el proceso de maternidad	29		111	140
5	00161 Disposición para mejorar los conocimientos	22		103	125
11	00155 Riesgo de caídas	87	4	21	112
11	00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas	67	12	3	82
2	00106 Disposición para mejorar la lactancia materna	2		74	76
3	00017 Incontinencia urinaria de esfuerzo	30		30	60
4	00097 Déficit de actividades recreativas	40	15		55
2	00002 Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades	35	12	3	50
11	00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	37	4	8	49
6	00153 Riesgo de baja autoestima situacional	45			45
11	00046 Deterioro de la integridad cutánea	21	7	16	44
4	00085 Deterioro de la movilidad física	41		1	42
1	00162 Disposición para mejorar la gestión de la salud	5	2	34	41

Tabla 3. Problemas de Colaboración prevalentes ordenados de mayor a menor en los tres momentos de la hospitalización.

Problemas de colaboración	Ingreso	Resueltos	Alta	Total
Hipertermia	32	8		40
Dolor	16		2	18
Hipoxia	12			12
Fiebre	10	1		11
Sangrado	6			6
Deterioro de la comunicación verbal	1		1	2
Deshidratación		1	1	2
Disnea	1		1	2
Hiperglucemia	1		1	2
Hipoglucemia	1		1	2
Hipotensión	1		1	2
Rechazo de la ingesta	2			2
Riesgo de desequilibrio nutricional			2	2
Trastorno del patrón de sueño	1		1	2
Desequilibrio de la temperatura corporal	1			1
Pausas de apnea	1			1
Proteinuria			1	1
Síncope	1			1